

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Institut postgraduálního vzdělávání lékařů
Škola veřejného zdravotnictví
Ruská 85, Praha 10, 100 00

AIDS, DROGY, ALKOHOL

Konzultant: _____

Oponent _____

Autor práce:

MUDr. František W e b e r

Mírová 414 TEPLICE

V Praze, dne 19.2.1996

AIDS, drogy, alkohol

- Negativní společenské jevy charakteru sociálních pathologií
- Koordinační úloha Veřejného zdravotnictví na minimalizaci jejich celospolečenských důsledků

Drogy :

- jeden z ústředních "planetárních problémů" konce tisíciletí
- mezinárodní spolupráce a priority boje proti jejich šíření
- specifika drogové scény v ČR
- protidrogová politika v ČR

Alkoholismus :

- neprávem podceňovaný druh závislosti
- spouštěcí mechanismus rizikového chování a vývoje sociálních pathologií

AIDS :

- infekční hrozba 20. století dotýkající se celého lidského společenství
- co je to AIDS
- role komerčního sexu
- postoj veřejnosti k sexuálním menšinám
- nutnost vypracování celoevropské strategie
- spolupráce v příhraničních oblastech

- centra prostituce – vnímavý terén pro distribuci drog a konzumaci návykových látek
- program Streetwork v hranice překračujícím prostoru
- trend vývoje šíření nákazy v ČR

Prevence :

- zdravotní výchova, především mládeže ve školách
- sféra rodinného života
- souvislost zneužívání alkoholu a jiných návykových látek a rizika šíření HIV/AIDS
- hlavní strategické záměry v boji se sociálními pathologiemi
- eliminace možných známých cest šíření HIV/AIDS
- vytyčení krátkodobých cílů v boji proti AIDS

MUDr. František W e b e r
Teplice – Sobědruhy
Mírová 414

V Teplících, dne 13.11.1995

AIDS, DROGY, ALKOHOL

Zneužívání návykových látek (včetně alkoholu) a riziko šíření HIV/AIDS spolu úzce souvisí, dokonce si dovoluji konstatovat, že prevence šíření HIV/AIDS a prevence zneužívání drog (včetně alkoholu) souvisejí tak úzce, že první je bez druhého sotva možná.

V obou případech se jedná o nebezpečné a progredující

celospolečenská jevy, v nichž lze vyzorovat společně a vzájemně se

ovlivňující multifaktoriální etiopathogenetické prvky, které možno zcela jistě zařadit do kategorie sociálních pathologií.

Před nedávném se hovořilo v sociální pathologii, a patrně právem, o pathologii všedního dne, přičemž do popředí vystupovaly tři příčiny:

1/ perverzní vztah k práci

2/ zvrácený postoj k penězům. To, že nic neplatí víc než přijít k

penězům a neztratit nic z vlastnictví, která jsme se domohli.

3/ pathologické interpersonální chování; porucha vztahu já - Ty a mezilidské solidarity.

Uvedené faktory se ve vztahu k těmto jevům často násobí. Takto postižení trpí onemocněním a jeho dlouhodobým průběhem, trpí "asymetrickým rozhovorem" s těmi, kdo jim pomáhají a v neposlední řadě" trpí terapií, kterou nechápou. Přitom k takový multimorbiditě zpravidla přistupují další nežádoucí průvodní jevy.

- Oba uvedené jevy mají mimořádně nepříznivý dopad na zdravotní stav

jedinci, bohužel především mladá generace.

- Postupně narušují duševní zdraví.
- Jsou součástí tzv. "životního stylu" člověka.
- Sekundárně akumulují další negativní společenské jevy - kriminalita, prostituce/ ...
- Díky nárokům současné naší společnosti bude socializační tlak nepochybně dále narůstat a s tímto tlakem poroste i počet outsiderů, což povede k výraznějšímu vytváření okrajových skupin ve struktuře naší společnosti,
- Jsou chronickou nemocí člověka i světa, patří k realitě postmoderní doby.

Vývoj po převratu v listopadu 1989 dal a dává možnosti nového vnitřního a mezinárodního zarámování těchto jevů. Otevření hranic, liberalizace a demokratizace společnosti, snížení vnější sociální kontroly, transformace ekonomiky, změny hodnotového systému, výrazný rozvoj turistického ruchu vytvářejí rovněž předpoklady pro jejich šíření, jako jakási "daň svobodě" a fenomén společenského přechodu.

Úspěšné řešení této problematiky přesahuje rámec tradičního bio-medicínského přístupu. Jelikož jde o typické problémy bio-psycho-

-sociálního charakteru, jejich zvládnutí předpokládá širokou koordinovanou multidisciplinární angažovanost, čerpající ze znalosti mnoha vědních oborů: medicíny, ekonomie, řízení a systémové analýzy, práva a zdravotnické legislativy, statistiky a informatiky, sociální psychologie a politologie, historie a dalších. Ani při zodpovědném a razantním přístupu nelze očekávat rychlá a snadná řešení v krátké době. Nemoci tzv. "životního stylu" se nedají odstranit nějakým

"zázračným výstřelem".

Drogy, alkohol, HIV/AIDS jsou zde a zůstanou s námi, připravme se na dlouhé zápolejší s nimi. Dnešní doba, charakterizovaná rychlými a rozsáhlými změnami, je spíše obdobím hledání naléhavých otázek, než časem přinášejícím jednoznačnou odpověď.

Vědní obor veřejné zdravotnictví - Public Health je evidentně příslušný a kompetentní koordinací činností směřujících k návrhu opatření směřujících k eliminaci šíření uvedených sociálních pathologií.

Jedním z klíčových problémů transformace našeho zdravotnictví diskutovaných a zkoumaných v současné době, je otázka vztahu státu k péči o zdraví, jeho zájmu na zdraví obyvatelstva - tzv. veřejném zdraví, otázka míry a způsobu vyjádření tohoto zájmu prostřednictvím různých legislativních a ekonomických nástrojů.

Veřejné zdraví je zdravotní stav populace, případně jednotlivých populačních skupin, a tudíž je subjektem, jehož žádoucí ovlivnění si vyžaduje jisté činnosti prostřednictvím určitých struktur.

Veřejné zdravotnictví je pak onou součástí zdravotnického systému, jež v zájmu státu, v mezích určité státní politiky, tyto funkce musí iniciovat, transformovat do celospolečenských dimenzí a v rámci svých kompetencí kvalifikovaně realizovat vůči populaci.

"Zneužívání omamných látek se v posledních letech prudce zvýšilo. Většina zneuživatelů omamných látek jsou lidé mladí, chudí, nebo obojí. Žádný národ není imunní vůči ničivým důsledkům zneužívání drog a nedovoleného obchodu s nimi."

"Ležím, dívám se do stropu: zelená, modrá, střídavě oranžová duha prolíná obrazy neurčitých bizarních tvarů, náhle se barvy sbíhají, cítím se opuštěný, ale z barev na mě prýští teplo a já vím, že už tento svět nemohu opustit nešťastný, protože jsem poznal krásno fialového a stříbrného světa, už mohu klidně zemřít ... ".

(z výpovědi narkomana)

Od počátku civilizace hledá člověk způsoby, jak se vymanit z tíže profánního světa, změnit stav svého vědomí. Důvodů bylo mnoho a stály by za samostatnou stať. Drogy se staly jednou z možností, jak toho dosáhnout. I naše republika měla a má svou drogovou scénu, ač tato skutečnost nebyla v dobách nedávno minulých v oficiálním tisku přiznávána.

O drogách a otázkách s nimi souvisejících již bylo napsáno a řečeno mnoho. Jejich užívání a zneužívání provází lidstvo od nepaměti. Nejrůznější definice drogy, jedu, léku, dohady o tom, kdy je lék lékem, drogou, jedem ap. jen ilustrují nesnadnost přesného vymezení pojmu. K tomu přistupující další faktory - působení léku, drogy, jeho toxicita, možnost návyku, tolerance či závislosti organizmu, následná obtížná léčení a rehabilitační péče, představují další složitosti problému. Z uvedených a známých skutečností vyplývá, jediný závěr, že nebezpečí drog je nesmírně a že nyní představuje velké ohrožení celé společnosti - a nejen naší.

Podle definice přijaté Světovou zdravotnickou organizací je drogová závislost stav, vznikající interakcí mezi organismem a drogou, který je charakterizován změnou chování nebo jinak, kde však je vždy přítomné nutkání drogu užívat ustavičně nebo intermitentně, aby bylo možno prožívat její psychotropní účinky a někdy také proto, aby bylo možno vyhnout se abstinenčním příznakům. Tolerance může,

ale nemusí být přítomna.

Nejzávažnějším sociálním problémem užívání drog je skutečnost, že široce postihuje populaci, která je nejvíce zranitelná - mládež. Užívání drog je v době dospívání přitažlivé z přirozené zvědavosti a touhy po nových zkušenostech a zážitcích. K tomu přispívá řada nejrůznějších faktorů. Mezi nejdůležitější patří vliv vrstevníků, kteří mohou přesvědčit další, aby se k jejich návyku připojili, dále neznalost rizika užívání drog, pocit odcizení, touha lišit se a protestovat proti generaci rodičů, změna sociálních struktur či nezaměstnanost. Užívání drog v období, kdy se organismus vyvíjí, narušuje proces zrání tělesného i duševního a má za následek neschopnost jedince zapojit se do zdravého a produktivního života.

Závislost může vzniknout na každou farmakologicky účinnou látku, u některých látek je však riziko jejího vzniku vyšší. Vysoká je především u psychotropních a omamných látek, které se pak označují jako drogy. Ty je možno rozdělit do několika skupin. Patří sem především opiáty, stimulancia, hypnotika, halucinogeny, inhalanty a cannabis. Tradičně sociálně tolerovanými drogami jsou tabák, alkohol a káva.

Drogy představují, vedle migrace a životního prostředí, jeden z ústředních "planetárních problémů" konce tisíciletí. Ilegální produkce, distribuce a zneužívání drog zasahuje takřka všechny země světa, rozvojové i rozvinuté. Mnoho zdravotních a sociálních problémů, úmrtí a trestných činů v souvislosti s drogami přináší řadě zemí značné strádání a výdaje a často ovlivňuje jejich ekonomiku, veřejnou správu a politický život. Tyto problémy rostly v posledních 15-20 letech téměř geometrickou řadou i ve vyspělých

zemích Evropy, mezi nimiž hledá ČR své místo.

Mezinárodní společenství přijalo od roku 1961 sérii úmluv, jejichž cílem je omezení těchto destruktivních vlivů. Úsilí mezinárodních organizací i jednotlivých států, však dosud nevedlo ve "válce proti drogám" k jednoznačnému úspěchu. Málo přesvědčivé výsledky při vysokých nákladech zejména na represii nezákonného trhu vedou u části světové veřejnosti a u některých politických sil (obvykle na levé straně politického spektra) k požadavku od této represe upustit a drogy zcela nebo částečně legalizovat. Mezinárodní společenství tyto požadavky odmítá a uvedené úmluvy OSN stále pokládá za jeden z pilířů, světového pořádku. Dospívá však k názoru, že po více než třiceti letech od Jednotné úmluvy o omamných látkách je nutná provést rozbor výsledků a nákladů dodržování těchto úmluv a dospět k určení postupů, které se osvědčily jako účelné a účinné.

Předběžně údaje této analýzy však svědčí o tom, že prioritou by měly mít (jako relativně nejúčinnější) následující přístupy:

- 1/ represe nezákonného trhu s drogami, zaměřená na vyšší etáže organizovaného zločinu
- 2/ primární prevence zneužívání drog, zaměřená na děti, mládež a rodinu
- 3/ rekonstrukce venkova v producentských zemích opiového máku, koky a cannabisu (netýká se ČR, která není producentskou zemí v tomto smyslu)

Tyto priority však neznamenají podcenění či zanedbání ostatních

postupů, které jsou obsaženy v Globálním plánu akcí, přijatém VS OSN v r. 1991. Mezinárodní společenství se v něm přihlásilo ke komplexnímu, vyváženému přístupu, který je charakterizován rovnováhou opatření ke snížení poptávky po drogách a zejména rovnováhu mezi represí nezákonného trhu a prevencí zneužívání.

Při uplatňování tohoto vyváženého přístupu v ČR nelze pominout její časová a místní specifika. ČR je významnou transitní zemí : po jejím území vede severní větev Balkánská trasy, která slouží k nezákonné přepravě drog z produkčních zemí Asie do spotřebitelských zemí vyspalé střední, západní a severní Evropy. Tato trasa nabyla na důležitosti zejména během občanské války v bývalé Jugoslávii. Spolu s nezákonným transitem na území ČR přichází mezinárodní, nezákonný obchod se zahraničními drogami. Vedle toho se rozrůstá tradiční domácí trh v drogových subkulturách velkých měst a městských aglomerací, který mezinárodnímu trhu částečně konkuruje, částečně se s ním spojuje. Rozsah i závažnost drogové problematiky v ČR vzrostl po roce 1989, zatím však nedosahuje rozměrů, jichž jsme svědky ve vyspělých evropských zemích. Trend k vyrovnání je však nepochybný a ČR není v plné míře připravena mu čelit.

V současné době dochází k zaplavení nezákonného trhu naší republiky drogami, především levného heroinu a prudce se zvyšuje počet konzumujících a závislých jedinců.

Tato invaze se mnoho let předpokládala. Podle domácích i zahraničních expertů, si země střední a východní Evropy na své cestě od komunismu k evropské integraci zákonitě prodělají "drogový boom", který západní Evropu zasáhl o 15 let dříve.

V popsané situaci stojí před ČR jasný úkol: nepromegkat zřejmě poslední příležitost, kterou dává dosavadní rozsah drogové

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

problematiky, a čelit předpokládanému vzrůstu využitím všech možností vyváženého přístupu. Vláda ČR se neprodleně po rozdělení ČSFR začala drogovou problematikou zabývat, souhlasila se zřízením mezirezortní komise a ulomila jí i věcně příslušným ministrům vypracovat potřebná opatření. Vytvořila tím základ pro to, aby tato příležitost nebyla promarněna.

Zneužívání drog a nezákonné zacházení s nimi představuje určité nebezpečí pro vytváření svobodné a demokratické společnosti v ČR. Pozornost vlády ČR drogové problematice v celém jejím rozsahu je proto plně na místě. Ústředním motivem vládní protidrogové politiky přitom musí být ochrana občana před destruktivním vlivem drog a podpora jeho individuálního rozhodnutí pro život bez drog. Respekt vůči občanským a lidským právům znamená v této souvislosti i respektovat právo na sebepoškozování zneužíváním drogy. Právo občanů na bezpečnost však vyžaduje neustupovat od prosazování zákona a potírání trestné činnosti, zejména organizované.

Tomuto základnímu postoji v praxi odpovídá vyvážený přístup, založený na rozvíjení a vzájemném doplňování opatření zamořených na snížení nabídky drog a na snížení poptávky po drogách a na rovnováze represe a presence. Podceňování jednoho či druhého je neodůvodněné. Represe prováděná výhradně v rámci zákona, musí nastoupit tam, kde prevence selhává. Naopak, více prevence znamená menší potřebu represe. Podíl prevence na celkových nákladech je všude na světě menšinový, ale nesmí být zanedbán.

Česká republika zdaleka nevyužila všech možností, které tento vyvážený přístup poskytuje. Je proto nemístné a nečasové činit z legalizace drog, třeba jen částečné, politické téma či dokonce princip. Izolovaný krok ČR tímto směrem by kromě toho negativně ovlivnil naše postavení v Evropě. Neznamená to ovšem téma legalizace

tabuizovat, ale odpolitizovat a vymezit mu rovinu odborných diskusí a rozborů zahraničních zkušeností.

Problém drog je systémový problém a není možné ho úspěšně ovlivnit z jednoho místa a jedním způsobem. Účinná protidrogová politika musí být v potřebné míře meziresortní, interdisciplinární, mezisektorová (t.j. založená na spolupráci státní správy, samosprávy veřejných zdravotnických a sociálních služeb, občanských sdružení, církví i soukromého sektoru), územně diferencovaná a koordinovaná na potřebných úrovních (okres, obec, případně země či kraj, stát). Mezinárodní rozměr drogové problematiky, který se v ČR dostává stále více do popředí, vyžaduje zapojení do mezinárodní spolupráce a účelné využívání mezinárodní pomoci.

Cíle protidrogové politiky musí být realistické. Drogy jsou realitou Evropy a světa, do něhož patříme, a absolutní cíl "společnost bez drog" není v dohledné době dosažitelný ani globálně, ani lokálně.

Současný stav poznání drogové scény v ČR umožňuje přesnou formulaci záměrů a cílů jen velmi omezeně. Jednou z priorit vládní protidrogové politiky proto musí být zlepšení kvality a šíře informací a jejich odborného zpracování. Vytvořit komplexní a moderní drogovou epidemiologii je jedním z nejdůležitějších úkolů daného období. Teprve na tomto základě bude možné kvalifikované rozhodování v následujících letech. Se zaváděním protidrogových opatření však není možné čekat až po získání solidních údajů. To platí zejména pro oblast prevence. Reálné poznávání drogové problematiky a její zvládnutí v praxi je navzájem neoddelitelné.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Opatření na straně nabídky, t.j. omezení přístupu drog k potencionálnímu spotřebiteli, patří k těm, u kterých je výkonná moc státu nezastupitelná. Těžiště těchto opatření spočívá v represi nezákonného trhu s drogami. Prioritou v této oblasti je postihování vyšších etáží organizovaného zločinu (zejména organizovaného) a omezování průniku zisků, dosažených na nezákonném trhu, do legální ekonomiky a veřejného života. Pouliční distribuce drog a jiná kriminalita na této úrovni sice nemůže být tolerována, avšak síly a prostředky represe je nutné využívat úměrně stupni závažnosti trestné činnosti a ohrožení společnosti.

Hlavní roli v represi nezákonného trhu s drogami má ministerstvo vnitra a konkrétně Policie ČR se svými analytickými, řídicími a výkonnými složkami. Jejím partnerem zejména při odhalování nezákonného tranzitu přes území ČR je celní správa ČR. Oba resorty se zaměří především na specializaci svých složek, jejich posílení zejména v rizikových lokalitách (velká města, hraniční přechody, letiště a jiné dopravní uzly) a budou modernizovat jejich organizaci i metody práce,

Z geografické pozice ČR jako tranzitní země na Balkánské trase a země na vnějších východních hranicích ES vyplývá nezbytnost mezinárodní spolupráce a důležitost nově vzniklé hranice se SR.

Souhra policejních a celních orgánů na úrovni získávání a analýzy informací, řízení i výkonu je nezbytnou podmínkou účinného boje proti nezákonnému trhu s drogami.

Důležitou, i když více v pozadí stojící, součástí komplexu opatření k redukci nabídky je administrativní kontrola legálního trhu s drogami (zákonného zacházení s omamnými a psychotropními látkami). Cílem této kontroly je regulovat množství rizikových

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

substancí na legálním trhu, sledovat jejich pohyb a bránit jejich úniku na trh nelegální. V ČR spadá tato agenda do kompetencí ministerstva zdravotnictví. Její výkon byl jednoduchý v podmínkách státního monopolu, nyní však počet oprávněných výrobců, distributorů a odběratelů stoupl o několik řádů a je třeba vytvořit novou koncepci a organizaci této činnosti. Na projektu "Inspektorátu OPL" a jeho realizaci bude spolupracovat NPO a žádoucí je i účast MZe, Mezinárodní pomoc při realizaci umožní zvládnout tuto agendu, kterou ukládají příslušné úmluvy OSN, s minimálním počtem pracovníků a bez zbytečné byrokracie. Nezbytná je právní úprava této problematiky, Snížení rizik na legálním trhu s drogami se však neobejde bez dobrovolné spolupráce obchodních a profesních organizací, kterou budou státní orgány iniciovat.

Opatření na straně poptávky po drogách znamenají prevenci zneužívání drog v nejširším smyslu (prevence primární, sekundární, terciální). Patří tradičně k těm, u nichž se činnost státu účelně doplňuje s aktivitou nestátních subjektů. Není možné ani žádoucí, aby provádění těchto opatření náleželo pouze státu, vzhledem k neutěšenému výchozímu stavu je však nezbytné, aby stát na sebe vzal určité záruky a iniciativu.

Primární prevenci se klade za cíl, aby u potenciálních konzumentů nedošlo k faktickému, konzumu drog. Obrací se na populaci a její jednotlivé složky, využívá metod zdravotní výchovy, pedagogiky, reklamy, sociálního marketingu, veřejné politiky, psychologie atd. V ČR se na její metodiku zaměří Národní centrum podpory zdraví MZ a pro její provádění v terénu bude využita síť oddělení zdravotní výchovy v hygienických stanicích a při nemocnicích. Část úkolů převezme MŠMT s ohledem na to, že nejúčinnější a tudíž prioritní je primární prevence zaměřená na věk

a prostředí, v němž se vytvářejí hodnoty a návyky (na děti a mládež, rodinu, Školu a mimoškolní sociální okolí), a pedagogové v ní patří ke klíčovým osobám. Vzhledem k rizikové vojenské populaci se na preventivních opatřeních bude podílet i MO.

Sekundární a terciální prevence se týká ohrožených a postižených jednotlivců. Fakticky jde o léčení, poradenství, léčení a sociální péči, cílem je zajistit včasnou pomoc a uzdravu, zabránit recidivě a minimalizovat sociální handicap postižené osoby. Jednotlivé typy specializovaných služeb pro zneužívající a závislé osoby se už v ČR sporadicky vyskytují, takže odborní zájemci již nemusí jezdit na stáže pouze do zahraničí. Tyto služby nemusí být (a v našich podmínkách jistě nebudou) provozovány výhradně státem. Stát však musí trvat na tom, aby byly součástí sortimentu veřejných zdravotnických a sociálních služeb, a stimulovat jejich rozvoj podle potřeby formou veřejných zakázek (prostřednictvím zdravotních pojišťoven, obcí či účelových dotací). Bude především úkolem MZ a MPSV proto zajistit potřebný koncepční, legislativní a ekonomický rámec.

Prevenici zneužívání drog je třeba vhodným způsobem a nedogmaticky propojit s prevencí dalších rizik, jako je alkoholismus a AIDS.

Účinná prevence zneužívání drog není myslitelná bez drogové epidemiologie, která pro ni poskytuje nezbytné podklady i nástroje hodnocení. U nás však zcela chybí a tento deficit je třeba urychleně překonat. Vytvoření centrálního pracoviště pro drogovou epidemiologii zajistí MZ v některé ze svých přímo řízených organizací (formou projektu realizovaného v mezinárodní spolupráci) a pro vznik decentralizovaných pracovišť využije sítě hygienických stanic při jejich připravované transformaci. Využití dat a analýz

zdravotních a sociálních aspektů zneužívání drog je ovšem širší a je potřebné pro represivní složky i pro politická a ekonomická rozhodování.

Drogová problematika je po předchozím období tabuizace nyní spíše předmětem neurčitých dohadů, pohybuje se mezi bagatelizací a katastrofickým zveličováním, a postojů oscilujících mezi požadavky částečná legalizace nebo tvrdé represe. Přijetí koncepce a programu protidrogové politiky umožní přivést problém na rovinu věcného definování skutečných rizik a opatření, která umožňují jim čelit. Realizací programu se zvýší bezpečnost občanů, kteří se jí dožadují zejména pro své děti. Nelze seriózně tvrdit, že program může zcela zabránit nárůstu drogové problematiky v ČR, přinejmenším však omezí rizika nekontrolovaného nárůstu, na který by společnost nebyla připravena. Obdobné vládní dokumenty patří k nezbytné výbavě vyspělých demokracií. Přijetím své koncepce a programu protidrogové politiky vyjádří rovněž ČR svou připravenost dostát mezinárodním závazkům současným i budoucím a zlepší svou pozici při mezinárodních jednáních. Zajištění bezpečnosti a zdraví občanů a stability společnosti je však prvořadým požadavkem a předpokládaným přínosem. "Na svém štěstí i neštěstí lidé s osudem spolupracují."

"Všechny naše vlastnosti, ať dobré nebo špatné jsou nespolehlivé a pochybné a vždycky je dotvářejí životní okolnosti."

monseigneur vévoda Francois de la Roche Foucauld

Pojem alkoholismus použil, poprvé doktor Magnus Huss v r. 1849 a od té doby se vedou diskuse o tom, zda alkoholismus nemoc je, anebo není. V roce 1951 pak WHO definovala alkoholismus oficiálně jako nemoc: syndrom závislosti na alkoholu.

Jedná se rovněž o multifaktoriální záležitost. Vzniká, obvykle (na rozdíl od jiných drog, která mohou způsobit závislost velice rychle) delší dobu. Svoji roli hrají vlivy zdravotní, dědičné, metabolické poruchy, sociální prostředí (rodina) a také město a komunita, ve které se člověk pohybuje, atd.

Alkohol, stejně jako i nikotin, je u nás vlastně legální droga. V naší zemi většina obyvatelstva alkohol za drogu nepovažuje. Tato droga se stala součástí naší kultury. Spotřeba alkoholu a problémy, které vyvolává, u nás narůstají. Alkoholismus kromě velice nepříznivých dopadů na integritu, působí zcela nepochybně velké ztráty v ekonomice naší společnosti:

- poklesem pracovní výkonnosti a morálky
- je častou příčinou pracovních i mimopracovních úrazů
- má častou spoluúčast na velkém množství dopravních nehod
- často způsobuje rozpad základního socioekonomického subjektu společnosti - rodiny.

Netýká se to bohužel jen dospělých. Podle šetření NCPZ (Czémy a spol. 1993) mělo v roce 1978 zkušenosti s destiláty 24,5 % dětí 6. tříd. Pravidlo, že společnost, která prodělává změny, je vůči návykovým látkám zranitelnější, se u nás potvrzuje.

Problematika alkoholismu se u nás neprávem hodně podceňuje. A při tom v naší zemi dělá alkohol problémy největšímu počtu lidí

(téměř 4 % populace).

Jde o stav periodické anebo chronické intoxikace, škodící jedinci i společnosti. Dochází k pestrému obrazu ve sféře psychické i somatické. Časté jsou syndromy neurotické, depresivní stavy, vystupňování vegetativních povahových vlastností, charakterové defekty vystupují do popředí, objevují se známky degradace a deprivace osobnosti, psychotické syndromy akutní i chronické, následné organické psychosyndromy apod. Současně se objevují i příznaky somatické, především vegetativní. Negativní vliv na činnost řady orgánových systémů, především soustavy gastrointestinální.

Alkoholismus se často kombinuje s užíváním jiných látek, která se vzájemně potencují v účinku. Kombinovaný návyk na alkohol a jiné drogy může často imitovat akutní psychotické stavy. Klinický obraz pacientů se syndromy drogových závislostí se příliš neliší, především v oblasti postižení duševního zdraví.

Je rovněž nezvratně prokázáno, že alkohol je teratogen, a jeho používání ženou v době těhotenství může vést k porodu dítěte se specifickým znakem somatických i psychických defektů dítěte - s tzv. fetálním alkoholovým syndromem.

Prokazatelně škodlivý účinek má denní požívání alkoholických nápojů s obsahem nad 60 g čistého alkoholu.

Alkohol je tekutým pojítkem velké množiny sociálních pathologií. Zneužívání alkoholu a ostatních drog odstraňuje zábrany, oslabuje sebekontrolu, často vede k pohlavní promiskuitě.

Rizikové chování pod vlivem alkoholu je všeobecně známá. Se stoupající spotřebou narůstá i počet osob s rizikovým

chováním a se zvýšeným rizikem HIV/AIDS.

" N e d o s t a n e t e HIV kvůli tomu, kdo jste - dostanete ho kvůli tomu, co děláte."

" D o s t a l jsem HIV, protože jsem provozoval nechráněný sex. D o s t a l jsem AIDS, protože jsem si myslel, že se mi to nikdy nemůže přihodit. Je jisté, že kdybych mohl čas vrátit zpátky, choval bych se jinak, ale nemůžu."

poselství Earvina "Magic" Johnsona
profesionální basketbalista NBA

Existence lidského rodu je provázána od nepaměti epidemiemi různých chorob, jejichž oběti se vždy počítaly na miliony.

S některými nemocemi se věda dokázala postupně vypořádat, některé vzdorují dodnes. K moru 20. století se dá přirovnat hrozivě narůstající výskyt nemoci AIDS. Zde je zatím věda bezmocná. I když její poznatky o virovém původci nákazy a projevech onemocnění jsou detailní, nestačily dosud k nalezení spolehlivého léku ani účinného očkování.

Je ale jeden velký rozdíl mezi AIDS a ostatními epidemiemi. I bez očkování a léků se může každý ochránit. Každý. Záleží jen na jeho touze žít a na tom, jak přizpůsobí své chování tomuto nebezpečí. To je naše naděje. Světlo poznání, které nás naučí žít bezpečně.

V historii lidstva byla zaznamenána řada případů, kdy se náhle objevilo nové, dosud nepoznaná onemocnění, které se lavinovitě šířilo a postihovalo statisíce obětí po celém světě. Dobře známé, i v beletrii popisované, jsou středověké epidemie moru, epidemie cholery, syfilis, žluté zimnice a další. Některé z nich se objevily a po čase spontánně vymizely, jiné se v nepravidelných intervalech opakovaně objevují v různých částech světa dodnes.

V nejnovější době jsme svědky rozsáhlé epidemie, či spíše pandemie onemocnění AIDS vyvolané virem HIV. Tento virus byl poprvé popsán před 12 lety (v roce 1983) a jedná se tedy o nový virus, do té doby zcela neznámý. Řadou svých vlastností se však podobá

živočišným virům známým již od minulého století. Nabízí se představa, že virus HIV je jedním z článků vývojové řady celé velmi zvláštní skupiny virů (retrovirů), které jsou patogenní především pro zvířata. Společný vývoj předků dal zřejmě vzniknout i virům, které vyvolávají onemocnění člověka,

Prostředek k vyléčení AIDS dosud nemáme. Byly zaznamenány určité pokroky v léčbě a klinickém přístupu, ale ty byly zastíněny tím, jak pokračuje šíření viru HIV po celém světě. Epidemie v Africe, Latinské Americe a zejména v Asii, mnohé oddělené a jiné mezi sebou související tvoří jedinou pandemii, jejíž nárůst je alarmující. Celosvětový kumulativní počet hlášených případů AIDS dosáhl podle údajů SZO koncem roku 1992 611 589 případů ve srovnání s 501 272 onemocněním AIDS ke konci června 1992 a 446 681 ke konci roku 1991.

Odborníci ze Světové zdravotnické organizace odhadují, že v polovině roku 1993 bylo po celém světě virem HIV infikováno více než 13 milionů osob, z toho okolo 1 milionu dětí. Zhruba polovina

nových případů onemocnění virem HIV tvoří ženy, především z rozvojových zemí. Už z uvedených údajů je zřejmé, že se charakter šíření epidemie HIV/AIDS radikálně mění. Ze skupiny homosexuálních občanů, kteří na počátku 80. let tvořili převážnou část infikovaných virem HIV, se v průběhu desetiletí nemoc rozvířila na všechny skupiny obyvatelstva. Dnes ohrožuje každého z nás, přičemž nebezpečí nákazy jsou vystaveny i ženy a děti. Má-li se tento hrozivý dopad epidemie zmírnit, jsou zapotřebí podstatné změny v celosvětové politice i koncepci boje proti AIDS.

V České republice je na první pohled situace příznivá. Zatím. Je nutné si ale uvědomit, že čísla udávající počty infikovaných virem HIV a nemocných AIDS zdaleka nevyjadřují skutečný stav ani míru ohrožení. V době rozsáhlých sociálních, kulturních a ekonomických změn naší společnosti, počítaje v to imitování "západního stylu" života včetně zvýšené poptávky po drogách, promiskuitní chování jako jeden z atributů nového "image" úspěšnosti a intenzivní migraci na naše území, je existence viru HIV a nemoci AIDS v naší populaci, byť zatím prokázaná zhruba u půl druhého sta lidí, časovanou bombou.

A není to jen tato nevléčitelná choroba, jejímuž nepředvídatelnému rozvíření chce bránit projekt Kandela. Jeho autoři mají na zřeteli i další pohlavně přenosné nemoci, jako např. syfilis či kapavka, na jejichž existenci se jaksí pozapomnělo. A to i navzdory tomu, že počet pacientů, s těmito onemocněními má v posledních několika letech - právě díky zmiňovaným faktorům - stoupající tendenci, u nás stejně jako v ostatních zemích. Kandela však nechce jen konstatovat fakta, snaží se hledat příčiny, souvislosti a cesty k nápravě. Všechny mají jednoho společného jmenovatele : sexuální a mravní výchovu. Fenomén, o jehož potřebě se již několik desetiletí diskutuje téměř tak intenzivně, jako se ho nedostává. Na školách, v

rodině, v celé společnosti.

AIDS není zdaleka omezen na určitou oblast světa a představuje hrozbu pro obyvatelstvo všech kontinentů. Jediná země v Evropě, Americe, Africe a Asii nebyla ušetřena.

Otřesná čísla statistik odhalují rozsah krize, které čelí mezinárodní společnosti; od začátku epidemie se nakazilo virem HIV 17 milionů lidí. Dva miliony z nich již zemřely. Denně se nakazí dalších 6 000 lidí.

AIDS je problémem dotýkajícím se celého lidského společenství.

AIDS zároveň zvýrazňuje sociální nerovnost na naší planetě a prohlubuje ji. V současnosti toto onemocnění nejvíce postihuje země rozvojové a nejzaostalejší. Bez přístupu k nejzákladnější zdravotní péči a s malými či žádnými informacemi jsou ti nejchudší v nejchudších zemích přirozenými terči tohoto onemocnění.

A opět je to Afrika, která platí daň nejvyšší: 70 % infikovaných ve světě žije v Subsaharské Africe a 85 % těch, u kterých se choroba projevila, pochází z této oblasti. Tudiž je tu zřejmá souvislost mezi AIDS a ekonomickou zaostalostí.

Navíc, výhled do budoucnosti je nadále alarmující. Světová zdravotnická organizace odhaduje, že do roku 2000 bude ve světě 30 až 40 milionů infikovaných osob a že 90 % z nich bude žít v rozvojových zemích.

Mezinárodní společenství stojí tváří v tvář skličujícímu úkolu. Již nesčíselněkrát se chopilo iniciativy. Státy, nevládní organizace a mezinárodní agentury vyvíjejí ohromné úsilí k zajištění péče a pomoci infikovaným osobám, nemocným a umírajícím a k odstranění či alespoň zmírnění socioekonomických příčin této pandemie. Globální strategie proti AIDS, zahájená mezinárodním společenstvím koncem osmdesátých let, vyznačila určité principy pro tuto činnost:

- přidělovat větší podíl zdrojů na péči o postižené AIDS

- klást důraz na prevenci, podporu zdraví a vzdělání žen
- vytvářet společenské prostředí vnímavější k prevenci
- učinit opatření ke zvládnutí socioekonomických dopadů této pandemie
- zdůrazňovat rizika, která představuje diskriminace pro veřejné zdraví.

Co je to AIDS ?

AIDS - Acquired Immune Deficiency Syndrome je nemoc, která se může také přenášet pohlavním stykem, je vyvolán virem HIV - Human Immunodeficiency Virus.

Problematika tohoto onemocnění se za čtrnáct let od svého prvního popisu v létě 1981 v USA zcela změnila. Rychlost, s jakou byla objevena jeho příčina i způsoby šíření (1983), i rychlost, s jakou byla navržena první účinná léčba (1985), nemají v dějinách medicíny obdoby. Jestliže HIV infekce a její důsledky stále představují z epidemiologického hlediska tragédii, z hlediska individuálního osudu postiženého člověka se situace velmi podstatně změnila, Souhrnně lze říci, že onemocnění vyvolaná infekcí virem lidského imunodeficitu dnes umíme léčit, ale neumíme je stále ještě vyléčit.

Jde o tzv. "pomalou virózu", tedy chronické onemocnění, kde o oprávněnosti terapie nediskutujeme, stejně jako u jiných chronických nevléčitelných - byť léčitelných - onemocnění, jako je například diabetes mellitus či chronická ischemická choroba srdeční. Vyplývá z toho i další skutečnost - nevytrhování problematiky HIV/AIDS z celkového kontextu medicíny; jde ve svých důsledcích o systémové onemocnění par excellence a přístup k němu vyžaduje nejen dobrou

znalost celé medicíny, ale i sebe samotného, protože i zde platí, že nejčastěji podávaným lékem je vlastní osobnost lékaře. Z klinické zkušenosti musíme říci, že nejhůře stůňou depresivní pacienti, zatímco ti, kteří se "naučili s AIDS žít" a při psychologických testech nevykazují žádné známky neuricity či deprese, snáze překonají i jinak často smrtelné komplikace AIDS. Vysvětlení nalezneme při hlubším studiu nových poznatků psychoneuroimunologie - řada tzv. lymfokinů, tedy látek, které zprostředkovávají signály mezi buňkami imunitního systému, jsou identické s některými neurotransmitery. S AIDS se většinou "naučili žít" lidé, kteří netrpí pocitem osamělosti, a kteří mají delší dobu stejného ošetřujícího lékaře, jemuž bezmezně důvěřují.

K dispozici máme řadu prostředků tzv. bazální antiretrovirové terapie, které dovedou infekci do značné míry stabilizovat a někdy i na určitou dobu zastavit progresi onemocnění. Významnou úlohu hraje i klinická zkušenost se zvládáním jednotlivých komplikací důsledků, působení viru lidského imunodeficitu. Rada komplikací, se kterými se u jednotlivých pacientů setkáváme, má zcela odlišný průběh a stejně tak terapeutické postupy vyžadují v individuálních případech některé

odlišnosti. Získané zkušenosti lékařů, kteří se této imunologické problematice věnují, umožňují dnes infikovaným lidem (a to i těm, u kterých již došlo k rozvratu imunitního systému) vést kvalitní život. Důkazem toho, že pravidelná lékařská péče plně integrovaná do normálního života postiženého člověka má smysl, jsou lidé, kteří se po diagnostikované infekci pravidelně léčili a dnes, po letech, žijí bez větších problémů a většinou pracují.

Dnes víme, že k plně rozvinutému AIDS dochází asi u 50ti % osob do 10ti let od infekce. V této době se asi u více než 35 %

dalších lidí objeví určitá symptomatologie, která však neodpovídá kritériím AIDS, a téměř 15 % lidí infikovaných HIV 1 je ještě po deseti letech zcela asymptomatických. Při infekci HIV 2 je klinicky němé období mnohem delší. V současné době však infikovaný člověk může udělat sám hodně pro to, aby se u něj symptomatologie AIDS neobjevila, nebo se objevila co nejpozději. Především by měl o své infekci vědět a být sledován lékařem.

Infikovaný člověk by měl o své infekci vědět i proto, že ke stabilizaci infekce může dojít při zavedení určitého životního režimu, počínaje dostatkem spánku, který se příznivě uplatňuje u všech poruch imunity, dostatečným přívodem vitamínů a zejména v zabránění reinfekce HIV, která může akcelarovat postup infekce od asymptomatického období směrem k plně rozvinutému AIDS. I proto by měl každý infikovaný člověk používat prezervativ při každém pohlavním styku, protože tím nejen chrání před infekcí svého sexuálního partnera, ale chrání i sám sebe před podněty, které mohou vést k progresi onemocnění. V praxi jsme se přesvědčili, že tento argument je velmi závažný a zároveň účinný.

V únoru 1992 podepsal ministr zdravotnictví ČR nový "Metodický návod k zajištění prevence a léčby vyvolané virem lidského imunodeficitu (HIV) v ČR". Bylo to vyvrcholení několik let trvajících boje a úsilí o vytvoření důstojných podmínek k řešení tohoto problému u nás. Represivní a administrativně-byrokratický přístup, charakteristický pro totalitní režimy, nejen, že problém neřešil, ale celou situaci z hlediska jednotlivých lidí jen zhoršoval - ohrožené lidi zaháněl do jakési ilegality a z celého problému se tak stávala časovaná bomba.

Prosazení této zcela nové koncepce, která je v plném souladu se všemi mezinárodními dokumenty týkajícími se problematiky HIV/AIDS i lidských práv obecně, bylo velmi obtížné - vyžaduje totiž především

změnu myšlení, uvědomění si skutečnosti, že lidský a humanistický přístup nejenže není v rozporu s přístupem epidemiologickým (dříve rozuměj represivním), ale že je i z epidemiologického hlediska jediným možným přístupem. Právě jednotlivý konkrétní ohrožený či infikovaný člověk je totiž ústředním bodem našeho snažení, není už věcí, kterou by bylo možné manipulovat tak, jak tomu bylo v minulosti - je partnerem lékaře jak v procesu léčení, tak i prevence a to partnerem se svobodnou vůlí.

Nová koncepce vychází z předpokladu, že každý člověk především sám nese zodpovědnost za své zdraví a za svůj život, a že se tedy musí sám aktivně chránit, což je v tomto případě možné. Tzv. "séropozitivní" člověk je pak většinou z medicínského hlediska zdravý člověk, který jenom nese větší míru odpovědnosti, a to jak vůči druhým lidem, tak i vůči sobě samotnému.

Další významnou změnou je to, že vyšetřování na HIV je dobrovolné, a pokud si to vyšetřovaný člověk přeje, je anonymní. Nikomu nesmí být test proveden bez jeho výslovného souhlasu! Každý člověk, který chce zjistit, zda je či není infikován HIV, může za tímto účelem navštívit svého ošetřujícího lékaře nebo kteréhokoli jiného lékaře a požádat ho o provedení testu na HIV. Toto vyšetření je kdekoli možné provést anonymně, to znamená, že lékař přidělí dotyčnému kódové číslo.

Mnoho HIV infikovaných jedinců žije dlouhá léta bez velkých potíží. Oni sami ani ostatní lidé infekci nezpozorují, a přesto se HIV ihned po nákaze může přenášet na jiné osoby. Od přenosu nákazy může uplynout až deset let, než se dostaví symptomy ve smyslu AIDS. Ty jsou velmi rozmanité a zahrnují m.j. plicní infekce, chronický herpes vagíny nebo konečníku, napadení ústní dutiny a jícnu plísňovými infekty a Kaposiho sarkom (zhoubné rakovinové

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

onemocnění). Klinické obrazy nemoci s ohledem na jejich souvislost s AIDS však mohou spolehlivě posoudit jen specialisté.

K nákaze dochází přímým kontaktem tělních tekutin obsahujících HIV, například:

- krve
- spermatu nebo
- poševního sekretu

se sliznicemi, anebo přímým proniknutím viru do krevního oběhu jiné osoby. Již velmi malé poranění kůže může být vstupní branou viru do krevního řečiště.

K nákaze může dojít:

- při pohlavním styku bez kondomu:

Při každém nechráněném pohlavním styku dochází ke kontaktu mezi tělními tekutinami, které mohou obsahovat HIV, a sliznicí v pochvě, střevu nebo na penisu.

Je-li koncentrace viru v příslušné tělní tekutině přiměřeně velká a doba kontaktu dostatečně dlouhá, dojde k přenosu viru. Viditelná poranění, příměsí krve a záněty pohlavních orgánů zvyšují riziko přenosu.

Ženy se mohou při heterosexuálním pohlavním styku nakazit snáze než muži.

- při společném používání jehel a stříkaček při injekční drogové závislosti:

Infikované zbytky krve, které ulpí na jehle nebo v injekční stříkačce, dostačují, aby se ještě za několik dnů nákaza přenesla na dalšího uživatele.

- při těhotenství a porodu - přenos HIV z infikované matky na dítě:

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Stupeň pravděpodobnosti přenosu HIV z infikované matky na její nenarozené dítě nelze v jednotlivých případech předpovědět. Evropské studie vycházejí z toho, že průměrné riziko nákazy nenarozeného dítěte činí 15 % - 25 %. Prostřednictvím medikamentózní terapie během těhotenství, jejíž cílem je zamezit množení viru, a zřejmě i na základě včasného porodu pomocí císařského řezu lze riziko nákazy dítěte snížit.

Další možností přenosu z matky na dítě je mateřské mléko. HIV infikovaným matkám se proto kojení zásadně nedoporučuje.

- prostřednictvím transfuze HIV infikovaných krevních konzerv nebo krevních derivátů:

Nebezpečí nákazy prostřednictvím infikovaných krevních konzerv nebo jiných krevních derivátů je ve většině evropských států minimální. Ve Spolkové republice Německo se veškerá darovaná krev testuje na HIV od roku 1985, v ČR (resp. v bývalém Československu) se tyto testy provádějí od roku 1986 a v Polsku od roku 1987. V Polsku se potřeba krevních konzerv a krevních derivátů kryla a kryje výlučně pomocí vlastních dárců, to znamená, že se krevní konzervy nedovážejí. ČR (resp. Československo) nedováží krevní konzervy od roku 1986.

V podstatě je sice myslitelné, že se v několika málo případech darovaná krev nepozná jako "infikovaná". Může k tomu dojít v případě, kdy byla krev odebrána krátce po nákaze, a tudíž se ještě nevytvořily protilátky proti viru, které je při testu možné prokázat. Pravděpodobnost, že k takovému případu dojde, je ale velmi malá.

Služby organizující dárcovství krve se na základě zevrubného poradenství pokoušejí zjistit případná rizika. Od jedinců, u nichž je dáno větší riziko infekce HIV, se krev nepřijímá.

Zásadní politické a ekonomické změny se po roce 1989 postupně promítly do všech oblastí společenského života. Ty, které se týkají sexuální morálky a sexuálního života obyvatelstva, patří v jistém smyslu k nejviditelnějším.

Komunistický režim, podobně jako všechny diktatury, byl ve sféře sexuality pruderní a konzervativní. Ještě v 30. letech bylo např. v Českém rozhlase nepřijatelné vyslovit slovo "homosexuál" - až epidemie AIDS umožnila náznak osvěty i v této oblasti. Honba za pornografií (za tu byl považován např. i Playboy) pak dávala Státní bezpečnosti po desetiletí dobrou záminku ke kontrole pošty ze zahraničí. Samozřejmě hlavní charakteristikou podobných postojů byla přetvářka - v době, kdy se prohlašovalo, že socialismus vyřešil příčiny prostituce a tím ji odstranil, byla Praha jedním z jejich hlavních evropských center.

K nejviditelnějším polistopadovým změnám v naší zemi patří ty, jež se týkají oblasti komerčního sexu. Projevily se zvýšením a především zviditelněním pouliční prostituce, nárůstem sexuální turistiky (hlavně v příhraničních oblastech) a s tím spojené kriminality, vznikem erotických a masážních salónů, exportem prostitutek do zemí západní Evropy a naopak jejich importem z Evropy východní, vznikem sex-shopů, v podstatě neregulovaným prodejem pornografie (i mimo specializovaná obchody), novin specializujících se na sexuální inzerci, hot-lines telefonů apod.

Kromě prostituce a pornografie, které samozřejmě ve skryté formě existovaly i za minulého režimu, jsou zmíněné fenomény pro českou populaci úplně nové a zastihly obyvatelstvo i legislativu málo připravené. Státní orgány jsou - přes určité možnosti, jež jim dává zákonná úprava i v této oblasti - v konkrétních případech téměř bezmocné. To je zjevné např. při pouličním prodeji porno časopisů, přístupném i mládeži (přesto, že teoreticky samozřejmě existuje

paragraf o narušování mravní výchovy mládeže), či při veřejném nabízení sexuálních služeb.

Navíc nelze ani předpokládat, že pouhými zákonnými opatřeními lze zmíněné jevy beze zbytku vyřešit. Otázkou příštích let bude spíše nalezení rovnováhy mezi současnými, často až příliš liberálními, a bývalými extrémně restriktivními regulačními mechanismy.

Jednoznačně pozitivní jsou však změny v postojích české veřejnosti k sexuálním menšinám, zvláště pak k homosexuálům. Na legislativní úrovni se projevily hned v roce 1990 zrušením pro homosexuální orientované spoluobčany diskriminačního paragrafu 244 trestního zákona, který určoval zákonný věk konsensuálního styku u osob stejného pohladí na 18 let. V současné době je jak u heterosexuálních, tak i u homosexuálních styků věková hranice srovnaná, na 15 let. Je přitom nutné si uvědomit, že podobný přístup zatím není ani v civilizovaných zemích (kromě Skandinávie) úplnou samozřejmostí - ve 23 státech USA je např. dodnes jakýkoliv homosexuální styk trestný a ve Velké Británii se až v minulém roce prosadilo snížení věkové hranice pro homosexuální styk z 21 na 18 let (pro heterosexuální styk je přitom věková hranice 16 let).

Po revoluci u nás rovněž vznikly nevládní organizace gayů a lesbiček (jedna z nich, Hnutí za rovnoprávnost homosexuálů, dokonce kandidovala v prvních parlamentních volbách), jejichž současná snaha se zaměřuje především na legalizaci registrovaného partnerství.

Zdá se, že pravděpodobně pod vlivem větší osvěty a informovanosti se mění i postoje veřejnosti k homosexualitě; zatímco v r. 1988 ji považovalo za přirozený projev lidské sexuality pouze 3,5 %, v r. 1993 to už bylo 18 % obyvatel ČR; zatímco v r. 1988 by homosexuální projevy trestalo 11,3 % obyvatel, v r. 1993 to už bylo pouze 2,3 % respondentů. Současně vzrostl počet zastánců právního

uznání homosexuality z 24,8 % na 59,7 % (Tuček a Holub, 1994).

Ve sféře epidemie HIV/AIDS nedošlo k žádným dramatickým změnám, i když se po otevření hranic počítalo s velkým nárůstem HIV pozitivních osob. Podle způsobu přenosu zatím sice převládá infekce homosexuálním stykem (58%), nicméně přenos heterosexuální se zřetelně zvyšuje ze 2 % v r. 1987 na současných 17 %. Logicky se tím zvyšuje i počet infikovaných žen: z jedné v r. 1987 na 20 v r. 1994. Celkem bylo v ČR koncem roku 1994 208 HIV pozitivních osob a 53 případů, rozvinutého AIDS, z toho 36 úmrtí (Brůčková et al., 1995),

Až po roce 1939 bylo umožněno anonymní testování na přítomnost protilátek HIV v krvi a bylo rovněž zrušeno omezení, kterým se infikovaní pacienti zavazovali, že budou mít pouze jednoho sexuálního partnera, budou obligatorně používat kondom atd. V současné době je oficiální přístup v této oblasti poměrně liberální.

Výskyt sexuálně přenosných chorob (STD) byl v ČR relativně velmi nízký. Po otevření hranic se zvýšila mobilita obyvatelstva, s čímž pak souvisí nepřímo i nárůst počtu nových případů STD. Tento nárůst byl zaznamenán především v Praze a v příhraničních oblastech s Německem, tedy v centrech komerčního sexu. Lze přitom předpokládat, že mnoho infikovaných navíc díky samoléčbě uniká statistickému epidemiologickému podchycení.

V oblasti sexuální výchovy zatím u nás k podstatným změnám nedošlo ani po r. 1989. Nadále ji lze považovat za nedostatečnou na školách (kde v naprosté většině případů se toto téma odbyde jednorázovou přednáškou odborníka) a dle průzkumu neplní svou roli v této sféře ani rodina. I když byly připraveny velmi moderní a propracované osnovy sexuální výchovy (např. programu autorů Mellana a Brzka), jejich zavedení do vyučovací praxe zatím naráží na silný

odpor. Nejdůležitějším zdrojem informací především pro mládež se tak staly sdělovací prostředky, a to hlavně tisk, v němž jsou pravidelně publikovány odborné články a rozhovory se sexuologickou tematikou. Široce dostupnou se stala i kvalitní osvětová literatura.

HIV/AIDS je problém, který se nezastaví před žádnými hranicemi. Prokázala to vyšetření na celém světě, potvrdily to mezinárodní konference. Tam, kde dochází k hospodářským, vojenským, kulturním, vědeckým a lidským kontaktům, dochází i ke kontaktům sexuálním. Kde dochází k nechráněné sexualitě, dochází i k výskytu sexuálně přenosných chorob. Na fakt a proces internacionalizace krize AIDS reagují nadnárodní organizace svými programy, např. "Europe against AIDS" Evropské unie a "Global Programme on AIDS" Světová zdravotnická organizace (WHO).

Zkoumáme-li sociální a ekonomický dopad AIDS v Evropě, musíme si nejprve odpovědět na otázku: "Které Evropy?" Jestliže máme na mysli Evropu Evropské unie, pak je řeč o dosavadních pouhých 15 státech. Jestliže míníme Evropu Rady Evropy, jde o záležitosti rychleji rostoucího počtu členských států. A přihlédneme-li nakonec k Evropskému regionu WHO, jedná se dnes už o problémy více než 50 členských států.

Z perspektivy zdravotnictví a s pohledem na nebezpečí epidemie se jeví nutnost vypracování celoevropsko strategie, evropských aktivit na úseku politiky proti AIDS. Máme dnes znalosti o různých vzorech šíření epidemie v jižní, severní, střední a východní Evropě a na celém světě se setkáváme s různými politickými aktivitami. Jen v evropském regionu však existují značné rozdíly v přístupu a

chápaní prevence. Paleta aktivit sahá od široké primární prevence specifikované podle cílových skupin až po realizaci hromadného monitorování a vyšetřování partnerů. Zatímco některé evropské státy s úspěchem zapojují do prevenční činnosti nestátní organizace, iniciativy a svépomocné skupiny, dávají jiné země spíše přednost takové prevenci, která se orientuje podle tradičních kontrolních opatření veřejné zdravotnické služby.

V zájmu zabránění dalšího šíření HIV/AIDS nelze mrhat časem ani penězi na realizaci opatření, která jsou z hlediska prevence HIV/AIDS spíše pochybná. Při koncipování nadějných strategií na úseku prevence mohou oblasti střední a východní Evropy s nízkou prevalencí těžit ze zkušeností a omylu v jiných částech Evropy.

Západoevropské státy zase nemohou ani nečinně vyčkávat, ani nekriticky předávat jiným státům prevenční postupy, které se u nich osvědčily. Jen pomocí mezinárodního dialogu a společných akcí máme možnost zabezpečit, aby evropské oblasti s nízkou prevalencí zůstaly rovněž regionem s nízkým výskytem HIV/AIDS. Pokud si jako Evropané nevezmeme z této lekce poučení, riskujeme, že se epidemiologický vzor rychle rostoucí prevalence HIV, jak se dnes vyskytuje v některých částech Asie, může rozšířit přinejmenším i ve střední a východní Evropě.

V různých pohraničních regionech uvnitř Evropské unie a ještě víc na vnějších hranicích Evropské unie s novými nezávislými státy střední a východní Evropy jsou pohraniční problémy, které hrají v souvislosti s HIV důležitou roli, evidentní a jsou již předmětem veřejné pozornosti a diskuzí. S aktivitami, které by přiměřeným způsobem na tyto problémy reagovaly, se však setkáváme velmi zřídka.

Příčina nespočívá snad v nedostatečných odborných znalostech a profesionálním přístupu, nýbrž hlavně v ještě existujícím nedostatku personálních a hmotných zdrojů. A stejně jako všude je třeba brát vážně náboženské aspekty a obtížně odstranitelné předsudky, které mají částečně vliv na národní či regionální zdravotnickou politiku, a vyhýbat se nežádoucí polarizaci.

Pro evropské země, jejich vlády, všechny odborníky v oblasti AIDS a experty ve zdravotnictví je důležitá, aby bylo provedeno zhodnocení celoevropsko situace, byly prezentovány příklady úspěšné praxe na úseku prevence AIDS a vyvinuty hranice překračující metody prevence. To lze považovat za přípravu a první část celoevropské strategie, která umožní společné investice do této zdravotnicko-politické oblasti, stane se základem společných intervencí a bude reprezentovat globální politiku boje proti AIDS korespondující s etickými představami a morálními tradicemi Evropy.

Téměř ihned po znovu sjednocení Německa a po otevření hranic do České republiky se právě v našem příhraničním regionu Teplice, v oblasti česko-saské hranice, kterým prochází frekventovaná, prostitucí proslavená mezinárodní komunikace E 55, stala problematika pojednávaných sociálních patologií zvláště aktuální. Vyvinuly se viditelné oblasti pouliční prostituce. Hodiny trvajících čekání dálkových řidičů na hraničních přechodech a jejich poptávka po sexuálních službách byly rozhodující pro etablování měst s pouliční prostitucí. Časem již řidiči dálkové přepravy ve skupině zákazníků žádnou velkou roli nemají. Kmenové zákazníky prostitutek tvoří převážně němečtí muži ze vzdálenějšího i blízkého okolí hraničních přechodů a obchodní cestující.

Kromě oblasti pouliční prostituce se na předilekčních místech při komunikaci E 55 a v bezprostřední blízkosti postupně etablovaly noční kluby, motoresty, masážní salóny a hotýlky.

Přesto se oddělení Zdravotní výchovy NsP Teplice bezprostředně zapojilo do mezinárodní spolupráce s Červeným křížem Dieppoldiswalde a aktivně se účastní činnosti v rámci modelového programu "Streetwork v hranice překračujícím prostoru". Je aktivně zapojeno do programů Národní referenční laboratoře pro AIDS, realizují v našem regionu projekt Kandela a program drogových prevencí Maják.

Prostituce cizinců, zejména ze států tzv. třetího světa, náledí ve Spolkové republice Německo od počátku sedmdesátých let k jevům velkoměstské prostituce. Navzdory tomu, že cestovní náklady byly pro jednotlivé ženy nepředstavitelně vysoké, byla pro ně prostituce v Německu často východiskem z chudoby, Velká vzdálenost od rodné země a nákladná cesta je nutily k tomu, aby svůj pobyt v Německu co možná prodloužily.

V řadě velkoměst zdravotní úřady na tento trend reagovaly a pečují ve svých venerologických poradnách také o mnoho cizinek s cílem prevence sexuálně přenosných chorob. Tato nabídka lékařské resp. venerologické péče a částečně i sociálního poradenství, kterou prostitutky mohou využívat převážně anonymně a zdarma, se popularizuje v rámci sociální práce vyhledávající kluby, bary, atd. i pouliční prostitutky. K péči organizované v zařízeních, ale i k rozhovorům přímo na místě se částečně využívá služeb tlumočnicků a tlumočnic - podle toho, která národnost je početně silně zastoupená.

Po sjednocení Německa, a otevření hranic uvnitř Evropy vznikla v nových spolkových zemích (bývalá NDR) a v pohraničních oblastech sousedního Polska, České republiky centra prostituce, kde pracuje mnoho žen z Polska, Čech, Slovenska, Rumunska, Bulharska a států SNS. Podnětem vzniku prostituce překračující hranice byly především existující rozdíly v životní úrovni. Rozdílná životní úroveň je pro obě strany, podílející se na tomto "obchodě", zajímavá stejnou měrou: jak pro stranu, která chce prostitucí vydělat peníze, to znamená pro pasáky a prostitutky, z důvodu možnosti nadprůměrného výdělku, tak i pro stranu, která si chce tyto služby koupit, to znamená pro zákazníky, z důvodu nadprůměrných služeb, které za svá peníze obdrží. Vedle toho má už překročení hranic své výhody: zákazníci a prostitutky si mohou uchovat svou anonymitu, rozdílná právní systémy nabízejí na té či oné straně hranic větší volnost atd.

Spolu s expanzí center prostituce v příhraničních oblastech byl v českém pohraničním regionu rovněž zaznamenán zčásti dramatický vzrůst sexuálně přenosných chorob, zejména kapavky a syfilidy. Z tohoto trendu lze vyvodit, že i v prostituci se pohlavní styk uskutečňoval převážně bez kondomu, čímž se zvýšilo riziko přenosu STD a HIV/AIDS. Vývoj prostituce v příhraničních oblastech proto musel být pečlivě sledován z hlediska aspektů prevence HIV/AIDS.

Svou úlohu zde navíc sehrál fakt, že oblasti po obou stranách hranic často na zvládnutí těchto problémů nestačily. Obce s převážně maloměstským a venkovským charakterem buď neměly v důsledku nízká hustoty osídlení k dispozici dostatek finančních prostředků a zařízení na řešení této problematiky, anebo se necítily být příslušné pro převážně zahraniční klientelu.

Ale i v takových metropolích jako je Berlín, které mají dlouhou tradici v oblasti péče o prostitutky s cizí státní příslušností, bylo pro již etablovaná zařízení velmi obtížné, ne-li vůbec nemožné, navázat kontakty s touto novou generací zahraničních prostitutek. Relativní blízkost hranic umožňovala, aby prostitutky buď denně, nebo každý týden pravidelně jezdily mezi bydlištěm a místem prostituce, což maximálně ztížilo žádoucí kontakty.

Centra prostituce jsou velice vnímavým terénem pro distribuci drog a konzumaci návykových látek.

Mezi drogami, jako je cannabis, opium a opiové produkty i syntetické prostředky, a mezinárodními hranicemi, zejména hranicemi bývalé západní Evropy s bývalým takzvaným východním blokem, se vytvořily rozmanité vztahy. Nejdůležitější obchodní a pašerácké cesty drog na lukrativní západoevropské trhy dnes jednak vedou východní Evropou, jednak se tyto drogy, určené v první řadě pro západní trhy, pěstují a vyrábějí v zemích bývalého východního bloku. V některých státech, například v Polsku, se rozvinula výroba drog pro vlastní trh a vedla ke specifickým vzorům jejich užívání.

Právě malí dealeři tu mohou dělat výhodné obchody. Ale i němečtí intravenózní uživatelé drog, kteří svou denní potřebu kryjí normálně hlavně heroinem, na jehož obstarání musí v Německu sehnat několik set marek denně, jezdí jako drogoví turisté na hranice, kde se zásobují poměrně levným polským prostředkem. Polští narkomani často překračují hranice, aby krádežemi na německé straně mohli financovat své drogy.

Zatímco v Čechách injekční užívání drog při šíření HIV/AIDS dosud roli nehraje, představují intravenózní uživatelé drog v Polsku

největší skupinu HIV infikovaných osob a v Německu druhou největší skupinu. Možné promíchání nebo rozšíření těchto kruhů by proto mohlo vést při náležitém rizikovém chování při používání injekcí a v oblasti sexuality ke vzrůstu případů HIV/AIDS.

Modelový program " Streetwork v hranice překračujícím prostoru" byl zřízen proto, aby bylo možné preventivně čelit pomoci hranice. Překračující sociální práce potencionální hrozbě nákazy HIV a STD. V oblasti sociální práce, která má mít podobu spolupráce s institucemi sousedního Polska a Čech, je to pole zcela nové.

Podél německých hranic s Polskem a ČR bylo vytvořeno šest týmů modelového projektu, jejichž cílem je jednak analyzovat situaci z hlediska možných momentů hrozby přenosu HIV a STD, seznamovat v rámci sociální práce vyhledávající příslušná centra a subkultury s informacemi o přenosu HIV a STD a propagovat příslušnou nabídku prevence v oblasti hranice překračující prostituce a užívání drog. Dále se má prostřednictvím týmu modelového projektu, v daném regionu vytvořit binárodní síť kooperace mezi institucemi, které se na různých úrovních touto problematikou zabývají, aby bylo možné nabídnout prostituci provokujícím a drogově závislým osobám příslušnou pomoc.

K cílové skupině, na níž se práce zaměřuje, náležejí bez ohledu na národnost všechny osoby, které by se přímo, ale i nepřímo mohly dostat do nebezpečí nákazy HIV/AIDS a STD, anebo by mohly mít vliv na vývoj událostí, jenž by mohl vést ke vzniku, hrozby nákazy.

- ženy a dívky, které v pohraničních oblastech provozují prostituci,
- prostituti,

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

- přátelé a příbuzní osob provozujících prostituci,
- pasáci, provozovatelé klubů, pracovníci zprostředkovacích agentur atd.
- zákazníci, kteří v těchto oblastech prostitutky vyhledávají,
- injekční uživatelé drog

Práce přímo na místě vyžaduje, aby byla vytvořena síť kooperace mezi institucemi, které mohou nabídnout výše jmenovaným cílovým skupinám vyšetření, poradenství a podporu. Snahou je zapojit do kooperace v co možná velké míře i instituce, které se cílovými skupinami zabývají z jiných důvodů (např. policie a celní orgány). Jedná se hlavně o:

- zařízení na podporu zdraví (zdravotní úřady, lékaři, nemocnice, AIDS poradny, STD poradny),
- komunální instituce (starosta, městská rada, pořádkové úřady),
- policie a celní orgány,
- ostatní zařízení (sdružení atd.).

Pro uskutečnění projektu bylo vybráno šest stanovišť, v jejichž spádové oblasti byl již znám rozvoj nabídky prostituce nebo drog na obou stranách hranice anebo musel být předpokládán na základě různých upozornění. Všech šest stanovišť projektu je z důvodu daných technických předpokladů na německé straně. Přímá podpora projektů v Polsku a Čechách nebyla bohužel v tomto případě možná v důsledku směrnic upravujících podporu Komise Evropských společenství i Spolkové republiky Německo. Týmy modelového projektu byly usídleny v daných místních zařízeních v oblasti zdravotnictví a sociálních věcí.

Celkem má těchto šest týmů 17 pracovníků a pracovníků. Jedná se o pět binárodních týmů, složených vždy z německých a českých nebo německých a polských pracovníků. Také šestý tým usiluje o binárodní charakter. Vždy jeden tým je činný v Meklenbursku-Pomořanech (Wolgast) a Braniborsku (Frankfurt n. Odrou), čtyři týmy pracují v Sasku (Zhořelec, Žitava, Dippoldiswalde, Oelsnitz).

S pohledem na komplikované a citlivé pracovní pole a binárodní charakter úkolu byl pro pracovníky a pracovnice koncipován vlastní program kvalifikace. Již předem se počítalo s tím, že bude obtížné nalézt pracovníky s kvalifikací v oblasti sociální práce a s odpovídající zkušeností v oblasti tzv. streetworku. Znamená to, že uchazeči museli být vůči cílovým skupinám nezaopatřeni a mít schopnost osobní komunikace.

Dále by bylo žádoucí, kdyby se od začátku usilovalo o dvoujazyčnost všech pracovníků, podle stanovité se znalostmi němčiny a polštiny nebo němčiny a češtiny. To se však nepodařilo realizovat. Mnoho pracovníků však má alespoň základní znalosti druhého jazyka, jiní navštěvují společné jazykové kurzy. Někteří pracovníci hovoří navíc rusky, což má v důsledku složení klientely v rámci streetworku rovněž své výhody.

Rovněž vědecký doprovod modelového programu, o který se z pověření Spolkového ministerstva zdravotnictví stará Sociálně pedagogický ústav v Berlíně (SPI), obsahuje kromě evalvací i reflektující a kvalifikující úkoly. Vedle získávání dat pro evidenci se přímo na místě konají týmové porady a koordinační setkání s pracovníky, kde se hovoří o zkušenostech získaných při práci, o daných problémech a jejich řešení.

Koordinaci čtyř týmů modelového projektu umístěného ve spolkové zemi Sasko zajišťuje saské Ministerstvo sociálních věcí, zdravotnictví a rodiny, což umožňuje jejich velmi intenzivní podporu. Týmy v Braniborsku a Meklenbursku-Pomořanech jsou koordinovány prostřednictvím Sociálně pedagogického ústavu, Berlín (SPI).

Z iniciativy polského AIDS koordinátora byla založena Komise tří zemí, jejíž úkolem je prohloubit kooperaci při hranice překračující prevenci HIV/AIDS mezi Polskem, Německem a ČR. Komise je složená z polských, českých a německých odborníků a odbornic, kteří doprovázejí obsahovou práci v pohraničních oblastech a jsou též oficiálními partnery v rámci modelových projektů. Na svém prvním jednání se komise mimo jiné dohodla na výměně materiálů seznamujících s prevencí HIV/AIDS s cílem ověřit jejich způsobilost k použití ve vícejazyčných pohraničních regionech. Vedle výměny epidemiologických dat bylo dále sjednáno provádění přesného sledování vývoje v jednotlivých regionech.

Bez možnosti nabídky lékařské péče i právní a především sociální pomoci a podpory nemůže být prevence HIV/AIDS a STD, která se obrací přímo na zvláště ohrožené cílové skupiny, perspektivně úspěšná. Projektové týmy modelového programu proto v rámci mnoha rozhovorů s institucemi na obou stranách hranice informovaly o své práci, zejména o metodě sociální práce vyhledávající cílové skupiny, v těchto regionech spíše nezvyklé. V této fázi navazování kontaktů se zčásti podařilo získat důležité kooperační partnery, například lékaře a kliniky ochotné nabídnout osobám provozujícím prostituci příslušné vyšetření. V zájmu prohloubení rozšíření těchto

kooperačních vztahů uskutečnily všechny týmy projektu v listopadu a prosinci 1994 regionální konference se zástupci odborně příslušných institucí dotyčných pohraničních oblastí. Další výstavba a upevnění potřebné nosné binárodní kooperační sítě bude mít i napříště velký význam pro práci v rámci modelového projektu.

V důsledku rozdílného regionálního vývoje se práce zaměřuje na tři oblasti:

- vývoj prostituce podél česko-německé hranice (Oelsnitz, Dippoldiswalde a Zitava);
- vývoj prostituce podél německo-polské hranice (Frankfurt n. Odr., Wolsast a částečně Zhořelec);
- vývoj drogové subkultury v oblasti německo-polské hranice (Zhořelec a zčásti Wolgast).

Práce tří projektových týmů, činných podél německo-české hranice, se zaměřuje především na prostituci v příhraničních oblastech.

Od května - června 1994 se týmy snaží navázat přímé kontakty s osobami provozujícími prostituci. Týmovní pracovníci jsou zpravidla dvakrát týdně v určitý den od rána až pozdě do večera přímo na místě. Znamená to, že dojíždějí na parkoviště, vyhledávají pouliční úseky, kluby, atd., kde několik prostitutek pravidelně nabízí své služby. Často už na ně čeká mnoho žen se speciálními otázkami nebo problémy, o nichž si chtějí s těmito pracovníky pohovořit. Pracovníci rozdávají vícejazyčné osvětové materiály seznamující s problematikou HIV/AIDS a STD, přidělují kondomy a zvlhčující zaváděcí gely rozpustné ve vodě, zajišťují venerologická vyšetření a možnosti testování na HIV/AIDS a STD, v případě potřeby poskytují i sociální podporu. Ukázalo se, že mnoho prostitutek si této nabídky cení, pracovníci projektu nacházejí

uznání jak u prostitutek, tak i jejich pasáku. Týmovní pracovníci jsou často jedinými osobami mimo subkultury, s nimiž mají prostitutky kontakt.

Většina kontaktovaných prostitutek se dosud vůbec nepodrobila vyšetření ohledně nákazy pohlavních chorob, anebo jen velmi zřídka. Jednak proto, že nemohly sehnat obnos požadovaný za takové vyšetření, jednak jim byla cesta do místa (bezplatného) vyšetření příliš daleká. Z obavy před pohlavními chorobami užívá zřejmě část prostitutek preventivně penicilín, který jim obstarávají jejich pasáci. Toto rozšířené, z hlediska možnosti zamezení pohlavních nemocí však nesmyslné opatření, může mít za následek potlačení symptomů, nemoci a tím zavlečení existující infekce. Vystává pak nebezpečí, že infikované prostitutky při nechráněném pohlavním styku přenesou nákazu, kterou samy nezpozorovaly. Z toho důvodu se týmy snaží zprostředkovat nebo podnítit bezplatné (anonymní) venerologické vyšetření a testy.

V kooperaci se zdravotním úřadem a s finanční podporou předsednictva zemské vlády v Drážďanech byla např. pro žitavský region zajištěna mobilní možnost vyšetření. Za podpory zdravotního úřadu byl minibus vybaven tak, že v něm lze vedle poradenství provádět i gynekologická a venerologická vyšetření. Zdravotní úřad dal k dispozici lékařku, zdravotní sestru a potřebný zdravotnický materiál a organizuje laboratorní práci, tým zajišťuje poradenskou činnost. Minibus dojíždí do míst modelovému týmu již dobře známých, kde prostitutky nabízejí své služby. Informace o možnostech bezplatného a anonymního vyšetření na HIV a STD a termíny vyšetření se předem rozšiřují pomocí letáků.

Tato nabídka má mezitím u prostitutek dobrý ohlas, často se týmových pracovníků dotazují, kdy zase minibus přijede. Ženy pak už čekají na smluvených místech, aby se podrobily vyšetření nebo testu.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Sexuálně přenosné choroby byly dosud zjištěny u cca 30 % vyšetřených prostitutek. Léčebnou terapii pak převzal český lékař nebo lékařka.

Dalším bodem je úsilí o zajištění zařízení, která nabízejí prostitutkám možnost venerologického vyšetření. Díky práci týmu v Oelsnitzu nyní plánuje např. české město Cheb zajištění takové možnosti.

Jedním z rovněž důležitých úkolů týmu je pořádání pravidelných prevenčních kampaní pro zákazníky. Akce dosud uskutečněné se konaly na německé straně přímo na hraničních přechodech a celkově se setkaly s velkým ohlasem. Zákazníci jsou převážně němečtí muži, kteří v pohraničí buď bydlí, anebo se v tomto regionu nějakou dobu zdržují z pracovních důvodů. V budoucnu mají být osloveni i zákazníci v diskotékách, restauracích atd.

Na základě dosavadních pozorování lze předpokládat, že v pohraničním regionu mezi ČR a Německem (Saskem) provozuje prostituci minimálně 3 000 žen. V důsledku vysoké fluktuace prostitutek a chybějící možnosti nepřetržitého pozorování všech pouličních úseků, klubů a bordelů je možný jen hrubý odhad. Nelze vyloučit, že prostituci zde provozuje daleko víc žen.

V souvislosti s pozorováním a kontakty týmu s několika sty prostitutek se již podařilo získat informace o situaci žen a jejich riziku nákazy HIV/AIDS a STD.

Asi 40 - 50 % žen jsou podle odhadu Rómky ze Slovenska a Rumunska či rusky mluvící ženy, např. z Ukrajiny. Ojediněle jsou zde i Maďarky a Bulharky. Tyto ženy nemají zpravidla ani povolení k pobytu, ani nemocenské pojištění, což znamená, že preventivní péči a v případě potřeby terapii by musely zaplatit. Přibližně 50 - 60 %

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

jsou Češky, žijící buď v blízkém okolí míst, kde se prostituce odehrává, nebo přesídlující sem z různých i velmi vzdálených lokalit ČR. Nemocenské pojištění většinou mají, preventivní vyšetření musí však v Čechách hradit samy.

Ženy nabízejí sexuální služby zpravidla za počáteční cenu 50,- DEM za půl hodiny. Do této půlhodiny jsou zahrnuty všechny nejčastěji požadované sexuální praktiky (ruční stimulace údu, orální, vaginální a anální styk) i úplné svlečení. Některé ženy jsou za určitých okolností patrně ochotny nabídnout tyto služby za 30,-nebo dokonce 20,- DEM. Drahé je to pro zákazníky v hotelech, kde vedle ceny 50,- DEM musí za půl hodiny zaplatit ještě "výdaje za nocleh" ve výši 10,- DEM až po plnou cenu za nocleh ve výši 80,-DEM, Ve srovnání s německými poměry dostane zákazník na těchto ulicích daleko víc služeb za velmi málo peněz.

Protože většina prostitutek pracuje s pasáky, zůstane jim jen určitá část z příjmů. Zejména rómské ženy a Ukrajinky musí často odvést až 100 % výtěžku svým pasákům, u nichž žijí za jídlo a nocleh. Některé dostávají navíc malé kapesné. Obvyklá částka, která ženám zůstává, se pohybuje mezi 30 - 50 %. To je však maximum. Některé ženy živí svou rodinu pomocí prostituce, těm zůstává 100 %, pokud je v roli pasáka jejich manžel. (Tedy rodině zůstává 100%).

Všechny kontaktované prostitutky se snaží pracovat výhradně s kondomem, i když jim část zákazníků za sex "bez" stále nabízí víc peněz. Podle jejich vyjádření těmto přáním až na výjimky nevyhoví. Téměř všechny ale vždycky znají jiná ženy, které pracují také bez kondomu. Někdy prostitutky na zákaznících požadují, aby si navlékli dva kondomy, protože se často trhají nebo praskají.

Zvlhčující zaváděcí gely (lubrikanty), které na základě nedostatečné sekrece pochvy hrají v prostituci důležitou roli za

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

účelem zvýšení odolnosti kondomů proti protržení, jsou zpravidla neznámé, nebo se používají krémy a oleje, které mohou, kondomy poškodit. Propagace zvlhčujících zaváděcích gelů rozpustných ve vodě je proto jedním z důležitých úkolů týmu v zájmu zamezení infekce HIV/AIDS a STD v oblasti prostituce.

Stav znalostí dosud kontaktovaných prostitutek o sexuálně přenosných chorobách je většinou jen kusý. Podle vyjádření týmových pracovníků ženy nechodí na pravidelná venerologická vyšetření. Většina z nich by ani nebyla schopna zaplatit za vyšetření, která v přepočtu stojí asi 60,- DEM, protože mají velmi málo peněz anebo je vůbec nemají.

Při vzniku hrozby HIV/AIDS a STD v pohraničních regionech jsou relevantní zejména aspekty, které souvisejí s rozdíly mezi sousedními státy. Jedná se především o ekonomické, sociální, právní a kulturní rozdíly.

Zejména existující rozdíl v životní úrovni podél hranic se státy bývalého východního bloku vedl např. k vytvoření center prostituce překračující hranice, přičemž prostitutky pocházejí z chudších a jejich zákazníci z bohatších států. V důsledku jejich diskriminace a stigmatizace žijí prostitutky zpravidla v sociální izolaci. Poměrně malé obce, ležící podél hranic, nedokáží často tuto situaci zvládnout. Tady začíná práce týmu modelového programu "Streetwork v hranice překračujícím prostoru ...".

Na základě obecných zvláštností pohraničních regionů (převážně slabá hustota osídlení, nedostatečná infrastruktura na obou stranách hranice) zpravidla neexistoval přístup ke kruhům, kde je nutno předpokládat HIV/AIDS/STD riskantní chování. Jedním z nejdůležitějších pracovních výsledků týmů je proto důkaz, že je

docela dobře možné navázat s těmito centry kontakty a zapojit je též dlouhodobě do příslušných aktivit prevence, Tento úspěch projektových týmů má rovněž rozhodující význam pro vytváření binárodních, pro další prevenci potřebných sítí kooperace mezi různými institucemi, zejména v oblasti sociálních věcí a zdravotnictví.

Dosavadní práce projektových týmů ukazuje, že vyvinuté pracovní přístupy a nabídky pomoci jsou při řešení této problematiky směrodatné.

Zejména z hlediska zamezení STD a HIV/AIDS vyvstává nutnost těsné kooperace, která překračuje hranice. Lokálně dostupné a bezplatné možnosti poradenství, péče a lékařského vyšetření musí být přístupné rovněž osobám, které nemají národnost té které země.

Za období od roku 1985/86 do 31.12.94 bylo v ČR registrováno celkem 208 HIV infikovaných, z toho 180 mužů a 28 žen. Dále bylo známo 58 osob nemocných AIDS.

Podle mínění Referenční laboratoře pro AIDS v Praze je anonymní počet HIV infekcí daleko vyšší. Odhaduje se, že skutečný počet HIV infekcí v Čechách převyšuje počet registrovaných případů pěti až desetinásobně. Skutečný počet HIV infikovaných v ČR by mohl činit přibližně 1 000 - 2 000 osob.

Většinu HIV infikovaných představují v ČR homosexuálové a bisexuálové podílem 58,2 %. Přenos v důsledku heterosexuálního styku uvedlo 16,8 % všech infikovaných osob 8,2 % HIV infikovaných jsou hemofilici a 6,7 % se nakazilo při krevní transfuzi. U 1,9 % případů HIV došlo k přenosu pravděpodobně v důsledku intravenózního užívání drog (IVDA). U 8,2 % známých infekcí HIV není způsob přenosu objasněn. V poslední době byl u nových infekcí největší nárůst

zaznamenán u přenosu heterosexuálním stykem.

Srovnáme-li údaje o způsobu přenosu u nemocných AIDS v ČR, získáme poněkud jiný obraz než u přenosu infekce HIV.

U nemocných AIDS stojí sice homosexuální resp. bisexuální přenos podílem 65,5 % rovněž na prvním místě, druhá místo však s velkým odstupem zaujímá přenos v důsledku krevních transfuzí podílem 9,1 %.

Heterosexuálním stykem se infikovalo 7,3 % nemocných AIDS. 5,5% všech nemocných AIDS v ČR jsou hemofolici a 3,6 % injekční uživatelé drog (IVDA). U 9,5 % nemocných AIDS není způsob přenosu objasněn.

V současné a dohledné době nelze ani zabránit infekci HIV pomocí očkovací látky, ani vyléčit AIDS. i řada dalších sexuálně přenosných nemocí jsou choroby se závažnými zdravotními následky, proti nimž dosud nemáme - vyjma hepatitidy B - žádné očkovací látky. Většinu STD lze sice léčit, nezřídka se však stává, že nejsou včas rozpoznány anebo mají asymptomatický průběh, a proto jsou nevědomě dále šířeny.

Preventivní opatření k zabránění dalších infekcí HIV a STD proto musí být zacílena na jednotlivce, což znamená, že se lidé musí sami naučit chránit se před nákazou HIV a STD. Jedním z předpokladů presence je přitom zásada, že jednotlivec sám zodpovídá za důsledky svého chování, a to jak vůči sobě, tak i svým bližním a společnosti vůbec. Cílem prevence je přitom usnadnit lidem, aby se ze zdravotně uvědomělého rozhodnutí stalo rozhodnutí jednoduché (heslo WHO: Make the healthier choice the easier choice - Udělej ze zdravější volby volbu snazší).

Je třeba zabránit vynuceným opatřením a diskriminaci. Důstojné zacházení s jednotlivcem a respektování jeho individuality mimo jiné

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

znamená obrátit se na něj s přihlédnutím k životní situaci, v níž se nachází, a přizpůsobit podporu zdravého způsobu života naprosto odlišným světům, bez jejich morálního hodnocení.

Preventivní opatření zacílená přímo na skupiny osob, u nichž se předpokládá mimořádně vysoké riziko chování, spojují navzájem různé postupy:

- Zprostředkování a prohlubování vědomostí o způsobu přenosu infekce, symptomech a průběhu nemoci je předpokladem pro to, aby lidé vůbec dokázali předejít vzniku infekce, zejména vzhledem k HIV/AIDS, ale i STD je důležité čelit falešným informacím a odstraňovat tak předsudky a strach z (domněle) infikovaných.
- Osobní komunikace je obzvláště vhodná k ovlivnění osob zacílenému na změnu jejich rizikového chování. V přímém kontaktu lze navíc zjistit, které psychologické faktory a sociální poměry ovlivňují možnosti jednotlivce chovat se podle zásad prevence.
- Individuální a kolektivní životní poměry mohou snahu o změnu chování jak usnadnit, tak ztížit. Stabilizaci životních poměrů je proto třeba zahrnout do úsilí o preventivní chování.
- Vyřazení ze společnosti, diskriminace a kriminalizace komplikuje snahu o zdravotně uvědomělé chování dotyčných jednotlivců a skupin. Součástí prevence by proto mělo být i úsilí o odstranění diskriminace a kriminalizace, zejména skupin osob ohrožených HIV/AIDS a STD, například osob s injekční drogovou závislostí nebo prostitutek.

Prostitutky jsou odjakživa uváděny do souvislosti s šířením pohlavních nemocí. Od té doby, co je známá existence HIV/AIDS, jsou též považovány za šířitelky této nemoci. Proto na celém světě patří k okruhu osob nejvíc podrobovaných vyšetřením na HIV a STD.

Různé studie přitom podle vyšetřené populace docházejí k různým

výsledkům. Z některých průzkumů například vyplývá, že prostitutky a prostitutky i jejich sexuální partneři (včetně klientů) jsou nadprůměrně postiženi STD a v některých zemích i HIV/AIDS. Jiné studie dokládají, že prostitutky, které se vyznačují vysokým zdravotním uvědoměním a dovedou u svých klientů prosadit opatření na ochranu před sexuálně přenosnými nemocemi, jsou STD a HIV/AIDS postiženy jen ve velmi malé míře a zčásti dokonce podprůměrně. Tyto prostitutky jsou obvykle označovány jako "profesionálně pracující prostitutky". Rovněž různé německé studie docházejí například k závěru, že profesionálně pracující prostitutky v SRN nevykazují ani nadprůměrný výskyt HIV/AIDS, ani STD. I evropská pracovní skupina European Working Group on HIV Infektion in Female Prostitutes v roce 1993 v rámci jedné evropské studie konstatovala, že prevalence HIV u prostitutek s neinjekční drogovou závislostí je celkově poměrně nízká.

Na rozdíl od značně rozšířeného mínění se přímá souvislost mezi prostitucí a HIV/AIDS a STD v mnoha evropských státech přinejmenším zjistit nedá. Z toho důvodu je nesprávné a jedná se o stigmatizaci prostitutek, jestliže je na ně svalována odpovědnost za šíření STD a HIV/AIDS.

To však nesmí vést k tomu, aby se v oblasti prostituce upustilo od prevence, protože činnost prostitutky obsahuje s ohledem na přenos HIV a STD specifická riziková momenta. Používané sexuální praktiky jsou na jedné straně spojená s nejrůznějšími riziky infekce - anální styk je například větším rizikovým faktorem než ruční stimulace údu. Na straně druhé existuje souvislost mezi danými pracovními podmínkami prostitutek a pravděpodobností jejich ohrožení nákazou HIV a STD. Zejména nejistá a konkurencí ohrožená pracovní podmínky, jak se vyskytují např. v pohraničních oblastech

mezi Německem, ČR a Polskem, mohou vést k tomu, že se prostitutkám vždy nepodaří prosadit důsledná používání kondomu. V důsledku toho roste riziko, že se prostitutky nakazí HIV nebo jinou sexuálně přenosnou nemocí a budou ji šířit dál. Dalším nemalým rizikovým faktorem jsou rovněž nehygienická pracovní podmínky.

V důsledku silná konkurence v pouliční prostituci, v klubech nebo nevěstincích roste pravděpodobnost podbízení běžná relace mezi cenou a sexuální službou. Znamená to, že stejná služba je nabízena za nižší cenu anebo zákazník dostane za obvyklou cenu služby navíc. Ty zpravidla zahrnují dodatečná sexuální praktiky resp. styk bez kondomu. Nejistá pracovní podmínky, tzn. práce v místech bez sociální infrastruktury a bez možnosti vzájemných ochranných

opatření, jakým je např. zaznamenání státní poznávací značky vozů (násilnických) klientů, zvyšují pravděpodobnost, že se prostitutky stanou oběťmi znásilnění nebo jiných trestních činů. Protože chybějí toalety a možnost umýt se, je takřka nemožné dodržovat i tu minimální intimní hygienu. S nejistými a nehygienickými pracovními podmínkami se setkáváme hlavně v oblasti pouliční prostituce. Ale ani levné nevěstince nemají často ani přiměřený hygienický standard.

V zájmu úspěšné prevence HIV/AIDS a jiných sexuálně přenosných nemocí musí být i v oblasti prostituce zajištěny subjektivní i objektivní předpoklady, které by zúčastněným osobám umocnily uplatňovat potřebná ochranná opatření. Odpovědnost nesou jak klienti, tak prostitutky. Ze zkušenosti však víme, že nejeden zákazník, nýbrž i veřejnost připisuje hlavní odpovědnost za zdraví prostituce, a to nejen za její vlastní, ale i za zdraví klienta. Na prostitutky jsou tedy (stále ještě) kladeny větší požadavky než na zákazníky.

Rozhodující úlohu při prosazování bezpečných sexuálních praktik

hraje profesionální chování v prostituci, to znamená vědomosti o možném riziku infekce i způsobech, jak mu předcházet, o správném zacházení s kondomy a zaváděcími zvlhčujícími gely a samozřejmě důsledné používání kondomu. K profesionální práci v prostituci dále patří dovednost ve styku se zákazníkem, to znamená schopnost nabídnout mu atraktivní alternativy k požadovaným riskantním sexuálním praktikám, tedy "prodat" mu obratně bezpečný sex, prosadit použití kondomu i u neochotných zákazníků a ovládat techniky, při nichž dojde k použití kondomu, aniž by to klient zpozoroval.

Prevence, prevence, prevence

Společným a velmi pravděpodobně rozhodujícím a neúčinnějším faktorem v boji s uvedenými sociálními patologiemi je agresivní prevence, především cílená na mladou generaci a na skupiny osob s rizikovým chováním.

Odborné znalosti většiny odborných pracovníků v terénu odpovídají světové úrovni, činnost všech institucí je však spontánní i když od r. 1993 již nechybí podpora vzájemných kontaktů a snaha o koordinaci četných programů, vládních i nevládních organizací.

Musí být logickým předpokladem, že společnost ohromená smrtelnou chorobou podnikne všechno, aby zabránila jejímu rozšíření. Prevence znamená neustálý tlak a přísun informací, jež zasáhnou-li cíl, změní chování a myšlení jedince v rámci zachování vlastního zdraví.

Dle mého názoru nosným a nejefektivnějším krokem na tomto poli je zdravotní výchova v rodinách a ve škole, včetně výchovy sexuální, směřující k dodržování zásad bezpečného sexu. Zdravotní výchova není u nás v současné době na potřebné úrovni. Motiv nalezneme ve sféře

rodinného života. Ve většině případů lze vypočítat patologickou situaci v rodině již premorbidně, ještě dřív, než se mladistvý dal na drogy.

Nejsou tedy narušené vztahy v rodině důsledkem poruch chování mladistvého, ale spíše naopak, jeho poruchy chování jsou právě či důsledkem patologie v rodině.

Lidská sexualita je obrovským zdrojem lidského štěstí, je rezervoárem tvůrčí energie ve smyslu kultury i práce. Je člověku především vrozená, ale je schopná pedagogické kultivace a dokonce i transferu do jiných oblastí. Lidská sexuální chování se promítá na různých úrovních do obrovské variability lidského chování a lidských vztahů. Právem existuje pedagogický optimismus, který ukazuje na vychovatelnost tohoto fenoménu.

Moudrou sexuální výchovou od nejútlejšího věku můžeme výrazně pozitivně intervenovat do osobnosti člověka. Nejde tedy jen o ochranu zdraví dětí a mládeže, ale jde o výrazný podíl na smysluplné harmonické projekci lidské subjektivní, ale i společenské budoucnosti vůbec. Nevyužití této šance je vlastně odmítnutí významného prostředku rozvoje civilizace a humanizace celé společnosti.

V hromadných sdělovacích prostředcích se za poslední dva roky objevilo množství článků, které upozorňují na chybění sexuální výchovy na základních a středních školách a volají po jejím bezodkladném zavádění.

Prvním podnětem bylo nepochybné polistopadové zjištění katastrofálního zdravotního stavu obyvatel naší republiky ve srovnání se zeměmi, s nimiž se naši občané srovnávat chtěli a mohli. Nebyla to jen fakta o onemocnění kardiovaskulárních, o rakovině a

duševních nemocech, jež vedou v tabulce nemocnosti a příčin úmrtí, nebyla to jen fakta o zkráceném středním věku obyvatel, Otřesné statistické údaje o množství prováděných potratů alarmovaly část zdravotníků k zvýšené propagaci antikoncepce. Na druhé straně se zvedla vlna občanských iniciativ podporovaných další částí zdravotníků, hájící právo nenarozených dětí na život. V souvislosti se změnou "potratového" zákona se diskuse přenesla i na půdu parlamentu a nebylo patrně člověka, který by k této diskusi nezaujal vlastní postoj.

Druhým faktorem bylo otevření hranic na Západ, která dalo vzniknout oprávněným obavám, že nebude dlouho trvat a mezi našimi občany se lavinovitě rozvíří onemocnění AIDS spolu se vzestupem návyku na nitrožilní drogy. Varovné signály vyslaly a dosud vysílají země, které se před několika lety nalézaly ve stejné situaci a které s prevencí obojího dospěly ke značným zkušenostem, jako např. Švýcarsko. Také Světová zdravotnická organizace rozšířila svoji strategii prevence HIV/AIDS do naší země a ministerstvo zdravotnictví ji svými vlastními dokumenty podpořilo. Ačkoliv absolutní počet HIV pozitivních osob a nemocných AIDS u nás se stále pohybuje na nízké úrovni, odborníci jsou znepokojeni prudkým růstem nemocí přenášených pohlavním stykem, které zákonitě šíření AIDS předcházejí. Rizikové chování značné části mladých lidí je podstatným základem tohoto jevu. Je třeba zdůraznit, že o tom, zda se člověk nakazí, rozhodují modely chování každého jednotlivce, a nikoliv všeobecná epidemiologická opatření.

Třetí, ale snad úplně základní motiv nalezneme ve sféře rodinného života. Potlačování významu rodiny při formování osobnosti jednotlivce bohužel neskončilo s pádem komunistických ideí, nýbrž pokračuje zaujetím pro vytváření materiálních hodnot. Zájem o blaho

dětí a jejich duchovní růst se tak ocitá na místě druhořadém. Společenské klima se nezměnilo natolik, aby nebyly brány na lehkou váhu rozvody s následným uzavíráním dalších sňatků a četné mimomanželské vztahy, V období dospívání jsou děti namnoze z rodin vytlačovány a dostávají se doslova na okraj společnosti. Málo se ví o tom, že lidský jedinec potřebuje ke svému zdravému vývoji oba rodiče až do dospělosti. Nedisovíme se pak tomu, že dospívající začínají s pohlavním životem předčasně, a nedivíme se ani množství nezralých manželství uzavíraných pod tlakem těhotenství, jež se záhy rozpadají. Jsou to rodiče, kteří při výchově svých dětí selhávají a kteří často zavinují jejich nepodařený start do života.

Škola může mnoho napravit. Může se postarat o to, aby děti, které nenacházejí odpovídající životní vzory ve vlastních rodinách, našly je u svých učitelů. V oblasti tak citlivé, jako je sexuální výchova, je však těžko očekávat, že škola zařídí vše podstatné, víme-li, že základy mezilidských vztahů se kladou v prvních letech života. Citový život dítěte se sotva podaří probudit školní výchovou, nebyl-li pěstován již jeho rodiči, Známe přece dalekosáhlé důsledky citové deprivace u dětí vyrůstajících v dětských domovech. Také děti z neúplných rodin bývají sociálně handicapované. A známe i fenomén přenášení vlastního neštěstí na další generaci,

Máme však právo obviňovat nynější generaci rodičů za neschopnost vychovávat ty nejmenší? A máme právo žádat od nynějších učitelů, aby tuto neschopnost korigovali? Udělali jsme dost pro změnu hodnotové orientace společnosti? Máme dostatek úcty jeden k druhému? Změnili jsme svůj životní styl? Nekritizujeme příliš, aniž se snažíme sami prosazovat dobré věci?

Tyto otázky nejsou samoučelné. Z minulého období přetrvává u mnoha lidí nadměrný kriticismus, který se přenáší na děti a

ovlivňuje jejich postoje k ostatním. Přetrvává i předpoklad, že výchova dětí je povinností státních institucí. V této společnosti se stále ještě čeká především na změnu "shora": často na zákonné předpisy, na nařízení, která změni spád věcí. Občan sám sebe nepovažuje za dostatečně kompetentního a orgány správy jej v tomto postoji spíše udržují.

Existuje však také velmi málo informací, která přispívají k žádoucí změně postojů. Například je nedostatek literatury pro rodiče, která pojednává o tom, jak si hrát s malými dětmi, jak je motivovat k rozvíjení jejich schopností, jak je připravovat na přijetí životních rolí, jak s nimi hovořit o otázkách sexu a vzniku nového života, jak komunikovat s dospívajícími apod. Učitelé základních škol, kteří získali vzdělání na školách vyučujících socialistickou morálku, mají sami problémy, jak reagovat na společenské změny, a orientují se jen s obtížemi.

Právě proto je třeba pojmenovat ty prvky výchovy, které náležejí rodičům a které patří do školy. Je třeba říci, že rodiče jsou odpovědní za výchovu dětí do jejich 18 let, a pokud část své odpovědnosti delegují na školu, mají se školou účinně spolupracovat. Je také třeba v rámci přípravy na povolání naučit pedagogy, jak dětem zprostředkovat výchovu ke zdraví, fyzickému i duševnímu, jehož důležitou součástí je i výchova rodinná a sexuální. Cílem je nalezení vlastního přijatelného modelu chování v dospělosti. Konkrétně se jedná o oddálení začátku sexuálního života, o hledání vhodného životního partnera, o převzetí odpovědnosti za důsledky sexuálního chování, tedy za vzniklé vazby mezi lidmi a za život dětí, o regulaci početí, o přijetí takového chování, které s sebou nese riziko nákazy sexuálně přenosnými nemocemi včetně AIDS.

Jsme si vědomi toho, že současná potřeba učit děti osvojovat si

zdravý životní styl je naléhavá natolik, že nelze jenom čekat, až pedagogické fakulty vyvinou své nové programy a připravené učitele školám nabídnou. Pro nejbližší období postačí, budou-li se tímto směrem orientovat zainteresovaní učitelé. Ti se mohou zúčastnit některého z prováděných kurzů doškolování pedagogů, obstarat si informační materiály a dohodnout se s rodiči a odborníky, kteří jsou škole nejbližší, na tom, jak program školní výuky sestavit. Přitom je nutné vycházet z té situace, v jaké se nacházejí děti, kterým je výchova určena, z názorů a přání jejich rodičů, a z celkového školního klimatu.

Hovoříme-li o rodinné nebo sexuální výchově, nemáme na mysli zavádění nových samostatných předmětů. Téměř v rámci každého předmětu má učitel možnost poukázat na hodnoty zdraví a úcty k životu, odpovědnosti za sebe i druhé lidi. O těchto hodnotách je zapotřebí mluvit od prvních školních let a dokázat, aby se dětem staly samozřejmými. Jsou součástí výchovy k občanství tak, jak ji vykládá i nové pojetí obecné školy předložené Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Předpokladem je však kvalitní příprava pedagogů během studia.

Zneužívání alkoholu a jiných návykových látek a riziko šíření HIV/AIDS spolu úzce souvisí. Proto plán prevence HIV/AIDS těsně souvisí s protidrogovým programem připravovaným Vládní komisí pro problematiku drog. Spotřeba alkoholu narůstá a lze logicky předpokládat i nárůst rizikového sexuálního chování pod vlivem alkoholu.

Další rizikovou skupinou jsou vězni - i zde představuje zneužívání drog významný faktor vedoucí k rizikovému chování ve vztahu k HIV/AIDS.

Je tedy možné konstatovat, že prevence šíření HIV/AIDS a prevence zneužívání alkoholu a jiných drog spolu souvisejí tak úzce, že první je bez druhé sotva možná.

Z toho vycházejí hlavní strategické záměry. Zdravotní výchovou docílit snížení poptávky po alkoholu a drogách v populaci a v jejích skupinách s rizikovým chováním, zvýšit účinnost preventivních opatření, hledat a realizovat opatření ke snížení dostupnosti alkoholu a dalších návykových látek.

V preventivních programech, zejména u dětí a mládeže zdůrazňovat význam sebekontroly a sebeovládání, zdraví jako životní hodnoty, odpovědnosti vůči sobě i druhým.

Skupinám s rizikovým chováním nabízet zdravotnické služby pro ně nestigmatizujícím a přijatelným způsobem při zachování anonymity i lékařského tajemství, nabízet pozitivní alternativy namísto alkoholu nebo jiných drog (např. nácvik sociálních dovedností, způsoby zvládnutí stresu apod.).

Při práci se skupinami s rizikovým chováním využívat spolupráce osob z příslušné subkultury, které se v ní těší důvěře. Tyto spolupracující osoby vyškolit a zapojit do preventivních snah.

Diferencovaně rozšiřovat v indikovaných případech programy výměny jehel a stříkaček u toxikomanů, kteří zneužívají drogy nitrožilně.

Podporovat programy protialkoholní a protitoxikomanické léčby ve výkonu trestu jednak pro osoby s nařízenou ochrannou léčbou, jednak pro dobrovolníky z řad vězňů. Dobrou spoluprací v těchto programech možno zohlednit např. při žádostech o dřívější propuštění.

Zvýšit podporu dobrovolného testování na HIV/AIDS mezi osobami zneužívajícími drogy, a tím snížit riziko, že osoba negativní začne riskovat tím více a osoba pozitivní si bude počínat bezohledně a "mstít se".

Periodicky prováděným epidemiologickým šetřením v terénu monitorovat drogovou scénu včetně spotřeby léků, které mají návykovou komponentu.

Věnovat pozornost řešení sociálních problémů osob s drogovou závislostí.

Pokud jde o prognózu šíření, lze očekávat jak vzestup počtu nemocných AIDS, tak i HIV pozitivních. Tomu m.j. nasvědčuje vývoj ostatních pohlavních nemocí, včetně čerstvé syfilis, který ukazuje po předchozím poklesu výrazný vzestup počínající rokem 1991, a to zejména v některých lokalitách s větším turistickým a obchodním ruchem. Lze očekávat i nárůst v užívání drog. Zde velké riziko z přenosu HIV/AIDS představují kromě nitrožilně zneužívaných drog i tzv. průchozí drogy. Tyto drogy (např. alkohol nebo marihuana) snižují imunitu organismu, tedy zvyšují riziko přenosu HIV a dalších pohlavně přenosných infekcí.

Proto byl vládou ČR schválen Národní program prevence HIV/AIDS v ČR pro období 5 let (1993-1997), jehož smyslem je vytvořit rámec, v němž budou jednotlivé součásti plánu rozvíjeny, zaváděny a hodnoceny.

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Hlavními cíly programu jsou :

- prevence šíření HIV a dalších pohlavně přenosných nemocí u nás
- snížení dopadu epidemie HIV/AIDS v oblasti personální, sociální a ekonomické.

Pokud jde o priority plánu, na prvním místě lze zřejmě uvést opatření směřující k omezení dalšího šíření HIV sexuálním stykem, a to v první řadě u mládeže, která vstupuje do pohlavního života, je sexuálně nejaktivnější a přitom problematiku HIV/AIDS v našich podmínkách stále podceňuje, i když v řadě případů o ni ví. Půjde tedy o komplex všech opatření, směřujících k docílení změny chování a dodržování zásad bezpečnějšího sexu u této skupiny, včetně např. zajištění dostupnosti a vhodného prodeje prezervativů a samozřejmě zajištění informovanosti o dané problematice již u školní mládeže způsobem odpovídajícím věku.

Samozřejmě to neznámá, že by bylo možno věnovat méně pozornosti dalším skupinám osob se zvýšeným rizikem přenosu pohlavních infekcí : osobám drogově závislým a osobám poskytujícím placené sexuální služby. V této souvislosti je třeba začít vytvářet síť terénních sociálních pracovníků, kteří by aktivně vyhledávali jak ohrožené jedince, tak i ty, kteří svým chováním ohrožují ostatní. Dále bychom se měli podílet na vytváření vhodného legislativního řešení problematiky placených sexuálních služeb.

Bude třeba nadále prohlubovat prevenci HIV/AIDS ve skupině homo- a bisexuálů.. kde již první kroky byly s využitím organizací sdružených v SOHO započaty. Samozřejmě i nadále bude potřeba udržet úroveň laboratorní diagnostiky zejména v podmínkách nově vznikajících laboratoří a dále rozšiřovat poradenství, včetně "Linek

pomoci AIDS". Lékařská péče musí zůstat dostupná i pro ty klienty, kteří odmítají vystoupit z anonymity. K zajištění potřebné kvality zdravotnické péče je vhodné pokračovat v budování a vybavování tzv. AIDS center při zachování svobodné volby lékaře.

Důležité bude rovněž pokračovat v pre- i postgraduálním vzdělávání zdravotníků případně dalších profesí v dané problematice.

Velké riziko vzhledem k přenosu HIV představují návykové látky. Prevence v této oblasti se musí dít diferencovaně, s využitím odlišných strategií u normální populace, odlišných strategií u osob závislých na návykových látkách.

Prevence musí být především cílená na eliminaci možných známých cest šíření HIV jako:

1./ Prevence přenosu HIV sexuálním stykem

Prevence HIV/AIDS ve školách bude součástí výchovy ke zdraví, sexuální výchovy vedoucí k zodpovědnému partnerství a zodpovědnému sexuálnímu chování a rodinné výchovy začleněné do školních osnov tak, aby žáci získali vědomosti postupně a přiměřeně svému věku a spolu s nimi aby získávali i vědomí odpovědnosti za vlastní tělo a sex.

V první etapě bude na každé škole ustaven jeden z učitelů jako garant výchovy ke zdraví, který bude pro tyto úkoly vyškolen.

Zvláště je třeba zaměřit se na propagaci bezpečnějšího sexu ve skupinách osob, poskytujících placené sexuální služby, jejich klientů a osob, závislých na drogách. Tato forma prevence HIV/AIDS a ostatních sexuálně přenosných nákaz úzce souvisí s nalezením přístupu k lidem v riziku cestou poradenství a nabídky testování. Prevenci. drogových závislostí je účelné propojit s těmito aktivitami.

Je třeba zabezpečit všeobecnou dostupnost testování na anti HIV protilátky spojenou s poradenstvím (counselling), včetně bezplatně prováděného anonymního testování, komplexního přístupu k otázce tzv. "partner notification", tedy oznámení vlastní HIV positivity současným sexuálním partnerům a informování předešlých partnerů, že byli v riziku HIV infekce.

2./ Prevence přenosu HIV prostřednictvím krve, krevních derivátů, orgánů, tkání a spermatu.

Úkolem je nejenom pokračování v dosavadním přístupu testování veškeré krve použité ke krevním převodům, ale přísné klinické vymezení indikace krevní transfúze. Vždy existuje určité, byť minimální, riziko, že přes negativní nález anti HIV protilátek zjišťovaný screeningovým vyšetřením, může krev obsahovat virus HIV. Je třeba uvažovat vždy i o alternativních metodách, např. možnosti autotransfúze při plánovaných lékařských zákrocích apod.

U přípravků vyráběných ze směsi krve více dárců (koncentráty faktorů VII a IX, albuminu apod.) budou užívány přípravky, které byly během výroby ošetřeny protivirovou technikou (tepelně nebo analogicky). Bude zaváděna plazma opracovaná virusinaktivační technikou a event. i jiné přípravky se sníženým rizikem přenosu HIV,

Je třeba, aby testování na anti HIV protilátky bylo nadále prováděno u všech dárců orgánů, tkání a spermatu. Je nutno nadále provádět externí kontrolu kvality laboratoří transfuzní služby a dbát na omezení rizika nosokomiálního přenosu HIV a profesionální nákazy zdravotnických pracovníků a omezení rizika přenosu HIV prostřednictvím krve mimo zdravotnická zařízení.

Tam, kde se provádějí tetováže, "nastřelování" náušnic, event. laická akupunktura, je nezbytné rovněž důkladně uplatňovat pravidla bezpečnosti práce tak, aby pracovní nástroje byly adekvátním způsobem ošetřovány a dekontaminovány. Je nezbytné zavést systém kontroly těchto zařízení.

3./ Prevence perinatálního přenosu HIV.

Všem gravidním ženám v prvním trimestru gravidity nabídnout testování na přítomnost anti HIV protilátek jako součást komplexní péče o těhotné. V případě HIV pozitivisty je vhodné považovat tuto situaci za zdravotní indikaci k ukončení těhotenství. HIV pozitivní ženy je nezbytné upozornit na riziko spojené s otěhotněním. HIV pozitivní matky musí být poučeny o nevhodnosti kojení.

Je důležité vytvořit podmínky pro to, aby v rámci komplexní péče o HIV pozitivní osoby byl psychosociální dopad na infikované a jejich okolí co nejmenší.

Na globální úrovni existuje snaha o dosažení těchto krátkodobých cílů:

- do roku 1997 docílit toho, aby většina injekčních uživatelů drog měla přístup k informacím a službám, s cílem prevence přenosu infekce HIV;
- do roku 2000 docílit toho, aby většina zemí přijala taková legislativní opatření, která by zakazovala diskriminaci osob infikovaných HIV;
- do roku 2010 docílit toho, aby většina již infikovaných osob - dětí i dospělých - měla přístup ke komplexní zdravotní péči,

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

počínaje domácím ošetřením a konče možností hospitalizace (tam, kde je používáno slovo "většina", je třeba dosadit určitou proměnnou veličinu dle možností jednotlivých zemí, tedy veličinu měřitelnou a sledovatelnou v rámci hodnocení účinnosti dosahovaného cíle).

Současný celosvětový program boje proti AIDS při WHO (Globál Programme on AIDS) k 31.12.1995 definitivně končí. Sídlem UNAIDS však bude i nadále Ženeva, neboť veškerá administrativní agenda zastává v hlavní úřadovně WHO. Odstraněna bude dosavadní regionální úroveň řízení. Pro Evropu to znamená, že úřadovna WHO v Kodani se stává vedle Alma-Aty, Moskvy, Kyjeva a Sofie jednou z pěti "subregionálních" centrál nového programu na našem kontinentu (úřadovnou UNAIDS pro ČR zůstane nadále kodaňská úřadovna WHO).

Řídícím útvarům programu se stane koordinační rada (Programme Coordinating Board), komité sponzorských organizací (Committee of Cosponsoring Organizations) budou tvořit zástupci všech šesti zmíněných agentur. Spoluprací s jednotlivými zeměmi budou pověřeni "rezidenti" programu v rámci nově koncipovaného "Rezident Coordinator System". Počítá se s tím, že většina pracovníků programu bude začleněna do tohoto systému a bude působit mimo hlavní centrálu UNAIDS v Ženevě.

Literatura :

MUDr. J. Jedlička - Státní zdravotní ústav :

Národní program prevence HIV/AIDS v ČR

MUDr. J. Hallauer - WHO Kodaň :

HIV/AIDS v kontextu s veřejným
zdravotnictvím

Rudolf Netzelmann :

Prevence v příhraniční oblasti
Sasko-severozápadní Čechy

Hanka Earstmann :
cizince

Zdravotní péče o prostitutky v

Projekt TAMPEP

Doc., PhDr. V Täubner, CSc. - VŠ pedagogická Hradec Králové :

Aplikační možnosti sexuální výchovy
v Německu na podmínky sexuální
výchovy a prevenci AIDS v českých
školách

MUDr. I. Procházka, MUDr D. Stehlíková :

Znalosti, postoje a chování mužů
s homosexuální orientací

III. mezinárodní seminář "AIDS a my", Poděbrady 11/95 :

Čas činů

Erwin Johnson :

Jak se vyhnout AIDS

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Dipl. soc. D Leopoldova, dipl. soc. E Steffanová (SRN) :

Prevence HIV/AIDS a STD a národní hranice

AIDS - NEWSLETTER - SZÚ, NRL pro AIDS : periodikum

Meziresortní protidrogová komise - Koncepce a program protidrogové politiky

MUDr., PhDr. K Kalina - víceprezident nadace FILIA :.

Drogy přicházejí: O zdravotním a bezpečnostním riziku heroinové invaze

MUDr. H . Sovinová, doc. MUDr. O. Vinař, DrSc. :

Drogy v dnešním světě

Krejčí, Lenfeld : Narkotické látky a toxikomanie

Urban : Toxikomanie

MUDr. M. Prošek : Drogy a drogová závislost - problém zdravotně sociální

Skála a kolektiv : Ochrana společnosti před alkoholismem a jinými toxikomaniemi

UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

MUDr. M. Prošek : Léčitelnost alkoholových
toxikomanií

MUDr. M. Prošek : Komplexní pohled na nealkoholové
toxikomanie

RNDr. K. Nešpor, CSc., PhDr. Z. Czérny:

Svoboda, závislost, tabák, alkohol

MUDr. K. Nešpor, CSc. : I alkohol je droga